Nr. 39. 25. września 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

Leczenie niepłodności za pomocą wszczepiania jajnika do macicy.

Z oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz: Prof. Dr. A. Sołowij.

W dziedzinie leczenia niepłodności i rozpoznawania jej przyczyn postąpiliśmy w ostatnich latach znacznie naprzód. Przyczyniło się do tego dokładniejsze poznanie życia płciowego kobiety, wyniki badań nad rolą jajnika w grupie gruczołów dokrewnych — wreszcie udoskonalone metody badania klinicznego. Mimo to wszystko sprawa niepłodności stanowi nadal ciekawy i zawiły problem naszej wiedzy.

Liczniejsze z roku na rok przypadki młodych kobiet, niezdolnych zajść w ciążę, zgłaszają się do nas z prośbą o poradę. Pragnienie dziecka bywa nieraz tak silne, iż odbiera kobiecie równowagę ducha i radość życia. Z rezygnacją zgadzają się one na długotrwałe leczenie. wszelkie zabiegi operacyjne, by tylko osiągnąć swój cel upragniony.

Statystyki wielu autorów, codzienne doświadczenie kliniczne poucza, że najczęstszą przyczyną niepłodności są czynniki mechaniczne, powstałe w następstwie przebytych spraw zapalnych narządu rodnego. Na pierwszem miejscu należy wymienić niedrożność jajowodów, stanowiącą według Jaqueta w 90% jedyną przyczynę tego stanu.

W przedmuchiwaniu trąbek i uterosalpingografji posiadamy dziś poważne środki diagnostyczne. Za pomocą tych metod szczególniej ostatniej, możemy orzec w przeważającej liczbie przypadków, gdzie szukać przyczyny niepłodności.

Naczelnym postulatem nowoczesnej chirurgji jest zachowanie czynności poszczególnych narządów ustroju. Stanowisko to niezawsze da się utrzymać. Jeżeli wobec długotrwałych zmian zapalnych przydatków macicy kierujemy się w leczeniu daleko idącym konserwatyzmem, to decydując się na leczenie operacyjne musimy być radykalni, gdyż pozostawienie części chorego narządu może mieć dla zdrowia i życia chorej zgubne następstwa. W obecności ropni jajowodów lub jajników, rozległych zrostów i wysięków zapalnych, towarzyszących zazwyczaj tym schorzeniom, postępujemy przeważnie radykalnie, usuwając wszystko, co chore, nie szczędząc częstokroć jajników, które w biologji kobiety odgrywają tak wielką rolę. Brak hormonów jajnika, jak wiemy, powoduje zaburzenia wazomotoryczne, wewnętrzno-wydzielnicze, psychiczne i nerwowe, wywołując jednocześnie zanik narządu rodnego.

Celem niniejszej pracy jest zastanowienie się nad leczeniem niepłodności zapomocą wszczepiania jajnika do światła macicy, w przypadkach niedrożności jajowodów, oraz omówienie wyników tego postępowania, które stosujemy od lat trzech.

By jajnik przemieszczony z wolnej jamy brzusznej do macicy a więc w warunki dlań niefizjologiczne, odpowiedział swemu zadaniu powinien, po pierwsze, wgoić się w mięsień macicy i zachować swoją funkcję, w szczególności funkcję jajeczkowania, która ma decydujący wpływ na cykl przemian błony śluzowej, po drugie — winien wytwarzać komórki jajowe zdolne do zapłodnienia i zagnieżdżania się.

Pozwolę sobie przytoczyć w krótkości wyniki doświadczalnych badań przeprowadzonych na zwierzętach i kobietach, które dają wyczerpującą odpowiedź na pierwszy z powyżej postawionych warunków.

Knauer, Grigorief, Marschese, Mc. Conc, Higuchi, Biedl, Philips Foa i inni przeszczepiali jajniki operowanych zwierząt (autoplastycznie) w rozmaite miejsca jamy brzusznej jakoto: mesometrium, rogi macicy, mięśni i t. d. — Halban i Simon przeszczepiali jajniki pod skórę, Foges w śledzionę, Rubinstein pozostawiał wycięte jajniki swobodnie w jamie brzusznej, Herlicka, Katsch, Carmischel przeszczepiali zwierzętom jajniki innych zwierząt tego samego gatunku (homeoplastycznie).

Równolegle z badaniami doświadczalnemi na zwierzętach rozpoczęto doświadczenia kliniczne na kobietach. Sippee na 57 przypadków homeoplastycznych przeszczepień jajników w 25 przypadkach zdołał powstrzymać rozpoczynającą się menopauzę, spowodowaną operacyjnem wytrzebieniem. U 5-ciu kobiet z niedorozwojem jajników i ze wszystkiemi następstwami tegoż: brak miesiączki, niepłodność, nadmierna otyłość — wszczepił jajniki innych kobiet i uzyskał wyleczenie. Wszystkie kobiety straciły znacznie na wadze, miesiączkowały prawidłowo, zaszły w ciążę i urodziły na czasie żywe dzieci.

Engel w 1912 roku wszczepił do części pochwowej chorej, u której usunął macicę nadpochwowo wraz z jajnikami z powodu włókniaków, jajnik innej kobiety. Po upływie 10 lat przedstawił ją na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego w Berlinie. Chora czuła się zupełnie dobrze i nie zdradzała najmniejszych objawów wypadnięcia funkcji. Martin u dwóch kobiet, u których usunięto jajniki i trąbki, wszczepił w rogi macicy plasterki jajnika innej kobiety: wystąpiły prawidłowe miesiączki, utrzymujące się przez czas dłuższy. Dobrowolski i Rychliński wszczepiali jajniki do śledziony, jednak bezskutecznie. Manswett przeszczepił homeoplastycznie plasterki jajnika pod powięź mięśnia prostego 50-ciu kobietom, operowanym doszczętnie z powodu zmian zapalnych lub nowotworowych narządu rodnego. Wynik doskonały i długotrwały uzyskiwał wtedy, gdy macica została zachowana. Wobec braku macicy w 50% mimo wszczepienia wystąpiły objawy ubytkowe. Blair w celu utrzymania miesiączkowania wykonał przeszczepienie plasterków jajnika w 187 przypadkach, — w 83% osiągnął wynik dobry.

Powyżej przytoczone doświadczenia dowiodły, iż jajniki wszczepione w różne miejsca jamy brzusznej, w różne narządy ustroju wchodzą w żywy związek z podłożem, wytwarzają naczynia krwionośne i zachowują przez dłuższy czas swą budowę i funcje. Po upływie różnie długiego czasu — od kilku miesięcy do kilku lat, występują w jajniku zmiany wsteczne: zanikają pęcherzyki i gruczoły śródmiąższowe — jajnik ulega wessaniu lub obumiera i w miejscu szczepienia pozostaje jedynie tkanka łączna lub bliznowata. Równolegle występują objawy zaniku w narządzie rodnym.

Doświadczenia z przeszczepianiem jajników kobietom poza małemi wyjątkami wykazały, że tą drogą możemy przywrócić równowagę w organizmie, jeżeli została ona zachwianą z powodu wytrzebienia. Następny etap doświadczeń na zwierzętach i kobietach zmierzał ku temu by za pomocą przemieszczenia jajnika do rogu trąbki, bądź do światła macicy umożliwić zajście w ciążę. W tym celu usuwano jajowody i wszczepiano jajniki wolne lub uszypułowane w odpowiednie miejsca narządu rodnego.

Lisiański w roku 1907 poraz pierwszy wszczepił wolne jajniki sukom do macicy. Jajniki po pewnym czasie uległy zupełnemu wessaniu. W roku 1924 Rychliński przeprowadził podobne badania na młodych króliczkach. Nie podwiązując naczyń krwionośnych odżywiających jajnik, wszczepiał go do rogu macicy. Następnie króliczki zostały pokryte parokrotnie samcami, jednak żadna nie zastąpiła. Po upływie 7—11 miesięcy zabijano je i poddawano sekcji. W trzech przypadkach stwierdził autor prawidłową funkcję wszczepionego jajnika, w jednym jajnik uległ całkowitemu wessaniu. W żadnym przypadku nie stwierdzono objawów przemawiających za ciążą.

Benesch i Köhler w roku 1924 rozpoczęli podobne doświadczenia na królikach, świnkach i psach. W pierwszej serji doświadczeń wszczepiali wolne jajniki do rogów macicy większej ilości zwierząt, przekonali się jednak, iż we wszystkich przypadkach jajniki uległy całkowitemu wessaniu. W drugiej serji doświadczeń wszczepiali jajniki uszypułowane. Ponieważ u małych zwierząt szypuła jajnika jest bardzo krótka, jajnik zatem jest mało ruchomy, w dodatku znajduje się w znacznem oddaleniu od rogów macicy, dosięgając nieomal okolicy nerki, dlatego też wszczepienie uszypułowanego jajnika do rogu macicy nie da się zdaniem tych autorów uskutecznić bez naruszenia aparatu więzadłowego. Wskutek tego wszczepiali jajniki do rogów macicy sukom w ostatnich miesiącach ciąży lub zaraz po porodzie, gdyż wtedy rogi macicy znajdowały się w bliskości jajników. U suk szczennych wykonywali cięcie cesarskie, opróżniali macicę i w każdy róg wszczepiali jajnik. Postępując w ten sposób wykonali doświadczenia na siedmiu sukach. Suki te znajdowały się pod ścisłą kontrolą. Niektóre z nich pozostawały w domowej opiece autorów około jednego roku. W tym czasie grzały się kilkakrotnie i były pokryte samcami. W żadnym wypadku nie nastąpiło zapłodnienie. Wykonując relaparatomję stwierdzono w dwóch przypadkach jajniki w jamie brzusznej. Badanie drobnowidowe ustaliło, że wykonywały one prawidłowo swoją funkcję. W czterech następnych przypadkach jajniki stwier-

dzono w miejscach wszczepienia, jednak obrazy drobnowidowe z jajników wykazały, że były one oddzielone od światła rogu macicy błoną śluzową i znajdowały się między mięśniami rogu. To zjawisko tłumaczą autorowie wzmożonem napięciem, jakie wytworzyło się z czasem między szypułą jajnika a rogiem połogowej macicy. Okoliczność ta tłumaczyłaby, dlaczego w tych przypadkach nie nastąpiła ciąża. Benesch i Köhler cytują pracę Wiesnera, któremu udało się za pomocą szczepienia wolnego jajnika do rogu macicy szczura uzyskać zajście w ciążę.

Zatem doświadczenia Rychlińskiego, Benescha i Köhlera nie rozstrzygnęły sprawy, gdyż nie odpowiedziały na pytanie, czy ciąża po przeszczepieniu jajnika do macicy jest możliwa. Ujemne wyniki Rychlińskiego zniewoliły go do porzucenia myśli wszczepiania jajników do macicy kobietom bezpłodnym z powodu zarośnięcia trąbek.

W roku 1895 Morris poraz pierwszy wszczepił jajnik innej kobiety do kikuta trąbki chorej, u której usunął jajowody i jajniki. Uzyskał ciążę, zakończoną poronieniem w trzecim miesiącu. Frank u 20 -letniej chorej usunął jajowody, lewy i część prawego jajnika, z powodu ropnej sprawy. Cząsteczkę jajnika zdrowego wszczepił do kikuta trąbki. W sześć miesięcy po operacji ciąża zewnątrzmaciczna. W dwu następnych przypadkach z powodu usunięcia trąbek wszczepił w ten sam sposób jajniki i również uzyskał zajście w ciążę, która w jednym przypadku skończyła się porodem dziecka żywego, w drugim — poronieniem trzymiesięcznem.

Palmer-Dubley w roku 1900 na Kongresie Międzynarodowym w Paryżu zdał sprawę z 5-ciu przypadków wszczepienia jajnika do światła macicy. Autor początkowo wszczepiał jajniki wolne — później uszypułowane. Wszystkie chore prawidłowo miesiączkowały, żadna jednak nie zastąpiła w ciążę. Storer wykonał u młodej kobiety obustronne wycięcie przydatków. Część uszypułowanego jajnika wszczepił do rogu macicy. Chora zaszła w ciążę i poroniła w trzecim miesiącu. Po 5-ciu latach wystąpiły objawy ubytkowe. Ciekawy przypadek opisuje Bainbridge. U osoby 39-letniej usunął trąbki — cząsteczkę jajnika wszczepił do rogu macicy. Chora zaszła w ciążę i urodziła żywe dziecko. Do 51 roku życia miała prawidłowe miesiączki. A. Mayer w 5-ciu przypadkach wszczepił jajnik do macicy; o wynikach nie mówi z powodu zbyt krótkiej obserwacji, ma nadzieję, że ciąża w tych warunkach jest możliwą i uważa ten zabieg za celowy. Geppert, operując chorą z powodu ropni jajowodów, wszczepił jajnik do macicy i uzyskał ciążę, która skończyła się poronieniem w szóstym miesiącu. Tuffier operował 29 przypadków w wieku od 18—38 lat, Estes 100. Obecnie Tuffier wraz z Bourem mają już 50 przypadków. By zwiększyć pojemność macicy zakładał Tuffier na 12 godzin przed operacją do szyjki macicznej pałeczki blaszecznicy; usuwał je przed operacją, jamę macicy odkażał nalewką jodową. Po wycięciu trąbek i dokładnem podwiązaniu naczyń, uwolnieniu jajników ze zrostów, wszczepiał jajnik uszypułowany do jamy macicy w całości lub częściowo. W tym celu na tylnej ścianie trzonu macicy bliżej krawędzi wykonywał cięcie podłużne i otwierał jamę macicy na przestrzeni 3 cm. Jeżeli skutkiem zmian zapalnych narządu rodnego więzadło szerokie i właściwe były znacznie skrócone, zgrubiałe i mało elastyczne, co stanowiło bardzo poważną przeszkodę w wykonaniu wszczepienia, wtedy podwiązywał więzadło lejkowo-miednicze. By łatwiej wprowadzić i utrzymać w otworze macicznym jajnik Tuffier zakładał dwa szwy przechodzące przez jajnik, błonę śluzową i mięsień macicy.

Technika Estesa była nieco odmienna. Wycinał on róg macicy, przepoławiał jajnik przez całą jego długość, przyranną powierzchnię jajnika przykładał do wyciętego rogu macicy. Jajnik komunikował z macica za pośrednictwem otworu jajowodowego, przebiegającego w jej rogu. Przebieg pooperacyjny w przypadkach Tuffier zupełnie prawidłowy. W pierwszych kilku dniach zauważono śluzowo-krwawe odchody z macicy, trwające 3—4 dni. W jednym przypadku część jajnika została wydalona na zewnątrz. Wyniki dalsze są wiadome u 41 chorych. U dwóch nie nastąpiło miesiączkowane, 10 miało perjody nieregularne, około połowy miewa perjody prawidłowe. W połowie przypadków miesiączkowanie było bolesne. W jednym przypadku nastąpiła ciąża i poród dziecka żywego. Tuffier sam przyznaje, iż przypadki jego są stosunkowo świeże. Obserwacje zatem jeszcze niedostateczne. Wyraża pogląd, że warunki do zapłodnienia są jednak gorsze. Zabieg ten jego zdaniem ma na celu w pierwszym rzędzie zachowanie prawidłowego miesiączkowania, szczególniej u osób młodych, daje możność zajścia w ciążę, nawet wtedy gdy przeszczepione jajniki pochodzą od innej kobiety.

Ze 100 przypadków operowanych przez Estesa tylko u 27 sa wiadome dalsze wyniki. Prawidłowe miesiączkowanie stwierdził on w 19·7%. Cztery chore zaszły w ciążę, dwie urodziły na czasie dzieci żywe, dwie poroniły w trzecim miesiącu. U trzech stwierdził torbielkowate zwyrodnienie wszczepionych jajników i zmuszony był wykonać relaparatomję. Autor znajduje w powyższych wynikach potwierdzenie słuszności swych zapatrywań co do celowości wszczepiania jajnika.

Chcąc wyrobić sobie własne zdanie o celowości tej metody operacyjnej rozpoczęliśmy na początku roku 1925 wszczepianie jajników do macicy, mając przedewszystkiem na celu umożliwienie operowanej zajścia w ciążę. Posługiwaliśmy się nieco odmienną techniką aniżeli Tuffier i Estes. By uzyskać większą ruchomość jajnika zasadniczo podwiązywaliśmy więzadło lejkowo-miednicze, pozostawiając jajnik na jego więzadle właściwem. Wycinaliśmy trąbki z rogów macicy, otwieraliśmy jamę macicy w dnie i wszczepialiśmy jajnik w całości lub w części. W ten sposób postąpiliśmy u 24 chorych. Większość z nich znajdowała się w wieku od 24—29 lat. Kilka zaledwie miały ponad 30, jedna tylko 39 lat. Wszystkie były niepłodne, leczyły się bezskutecznie przez szereg lat, i pragnęły za wszelką cenę mieć dzieci. Wskazania do operacji były następujące: zmiany zapalne przewlekłe jajowodów w 18-tu przypadkach, w tem ropień jajowodu w 6-ciu przypadkach, wodniak jajowodu w 4-ch, zapalenie jajowodu i torbień jajnika 8, ciąża zewnątrzmaciczna i stare zmiany zapalne w narządzie rodnym z powodu krwotoku macicznego 4, włókniaki maciczne 2. Przebieg pooperacyjny korzystny. Zaobserwowaliśmy w większości przypadków krwawienie z macicy utrzymujące się przez 4 do 5 dni. W jednym przypadku w kilka dni po operacji jajnik został w całości z macicy wydalony. Wszystkie chore były dokładnie poinformowane o rodzaju operacji i miały polecenie zgłoszenia się natychmiast, gdyby zaszły w ciążę lub zauważyły zaburzenia w miesiączkowaniu. Do dnia dzisiejszego posiadamy dokładne wiadomości o 11-tu chorych. 8 z nich zgłosiło się do ambulatorjum, 3 listownie odpowiedziały na zadane im pytania. Czas obserwacji wynosił najmniej dwa lata. Wyniki mieliśmy następujące: U trzech chorych operowanych dwa lata temu wystąpiły w kilka miesięcy tak obfite i bolesne miesiączki, że chore z powodu krwotoku szukały nagłej porady lekarskiej. Lekarze przypuszczali poronienie, gdyż stwierdzili powiększoną macicę oraz skrzepy krwi w dużej ilości. Z czasem typ miesiączek zmienił się, krwawienia stawały się skąpe, niebolesne, a w jednym przypadku zupełnie ustały. U dwu nie wystąpiły zupełnie miesiączki. U jednej miesiączki skąpe utrzymywały się przez kilka miesięcy, w końcu zupełnie ustały. U miesiączkujących objawy wazomotoryczne, psychiczne i nerwowe były bardzo nieznaczne i nie sprawiały chorym większych dolegliwości. U jednej operowanej 1 lutego 1926 roku w czasie badania kontrolnego w dniu 3/VIII b. r. stwierdziliśmy objawy ciąży domyślne: ustanie regularności, która dotychczas była zupełnie prawidłowa, zasinienie błony śluzowej, klej w sutkach, chloazma na twarzy. Dalsza obserwacja wykaże, czy mamy tutaj z ciążą do czynienia. U czterech miesiączki bywają skąpe, lecz długo trwają. U siedmiu powtórnie badanych chorych stwierdziliśmy w czasie badania skąpe krwawienie z macicy. Z tego powodu w jednym przypadku wykonaliśmy wyskrobanie macicy i stwierdziliśmy przerost błony śluzowej. We wszystkich operowanych przypadkach zmiany w jajowodach były tak znaczne i rozległe, że nie było mowy ani o wszczepieniu trąbki do macicy, ani też o wykonaniu salpingostomji. Żadna z tych chorych nie zaszła w ciążę.

By jajo płodowe mogło zagnieździć się na błonie śluzowej, winna być ona zupełnie zdrowa. Stałe choć skąpe krwawienia z macicy świadczą o zmianach chorobowych błony śluzowej. Spostrzeżenia wyżej przytoczonych autorów również świadczą o niekorzystnym wpływie wszczepionego jajnika na błonę śluzową, gdyż w większości przypadków zaobserwowano obfite, bolesne i długotrwałe miesiączki. Stan taki sam przez się może stanowić przyczynę niepłodności. Słuszny również wydaje się pogląd, iż komórka jajowa w swej wędrówce przez jajowód przechodzi już pewne okresy rozwoju i wskutek tego nabiera zdolności do zagnieżdżania się na błonie śluzowej macicy. Bardzo być może, że błona śluzowa macicy pokrywa z czasem wszczepiony jajnik i zupełnie go izoluje. Zatem jajeczkowanie nie odbywałoby się do światła macicy. Na ogół odsetek zajść w ciążę, jak z powyżej przytoczonych doświadczeń wynika, jest bardzo mały. Nieomal w połowie przypadków w których nastąpiła ciąża przyszło do poronienia. Najlepsze wyniki stosunkowo otrzymano — wszczepiając jajnik do kikuta trąbki. Sposób ten winien być wzięty pod rozwagę. Metoda wszczepienia jajnika nie rozwiązuje sprawy leczenia niepłodności w przypadkach niedrożności jajowodów, mimo, że niekiedy może nastąpić ciąża. Operację tą jak dotychczas wykonujemy z konieczności, szczególniej u kobiet, pragnących za wszelką cenę mieć potomstwo.

Piśmiennictwo.

Bainbridge: Amer. Journ. of Obst. 1923 maj. — Benesch-Köhler: Zentr. f. Gyn. 1924, Nr. 46. — Biedl, Peters, Hofstätter: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1921, 84. — Döderlein-Krönig: Operativa Gynakol. — Foges: Wiener kl. Woch: 1908, Nr. 8. — Frank: Zentr. f. G.

1898, Nr. 17. — Grigorfief: Zentr. f. Gyn. 1897, Nr. 22. — Gellert: Zentr. f: Gyn: 1925, Nr: 5: — Halban: Zentr. f. Gyn. 1901, Nr. 25. — Hartung: Monats. f. Geb. u. Gyn. 69 res. 1, 2. — Hartmann: Gynecolog. et Obst, XI. styczeń. — Hofstätter: Archiv. f. Gyn. 1927, I. — Irbruch: Zentr. f. Gyn: 1926, Nr: 26: — Knauer: Zentr. f. Gyn. 1896, Nr. 20. — Knauer: Archiv. f: Gyn: 1896, Nr. 44. — Knauer: Zentr. f. Gyn. 1898, Nr. 8. — Küstner: Monatsch. f. G. u. Gyn. 70, zeszyt 5 i 6. — Kross: Zentr. f. Gyn: 1927, Nr: 25: — Lanz: Zeitsch: f: Geb: u: Gyn: 89, Z. I. — Loeser: Medizinische Klinik 1926, Nr. 43. — Marchesse: Zentr. f. Gyn. 1899, Nr. 31. — Morris: Zentr. f: Gyn: 1902, Nr: 8 i 1904, Nr 41. — Martin: Gynecol. et Obst. 1922, Nr. 5. — Mayer A.: Zentr. f. Gyn. 1924, Nr. 30: — Manswett: Zentr: f: Gyn: 1925, Nr: 10: — Mandelstamm: Zentr. f. Gyn. 1925, Nr. 50. — Pankow: Zentr. f. Gyn. 1927, Nr. 25. — Rychliński: Ginekologja Polska 1924, III. — Sippel: Zentr. f. Gyn. 1924, Nr. 1-2. — Sippel: Zentr. f. Gyn: 1924, Nr: 15: — Sippel: Zentr: f: Gyn: 1926, Nr. 2. — Serdukopf: Gyn. et Obst. T. 14. — Serdukopf: Gyn: et Obst: T. 13. — Sellheim: Beihefte der Monat. f. Geb. u. Gyn. Abhandlungen aus der 1927, Hf. 1. — Tuffier, M. Letulee: La presse medic. 1924, Nr. 43 — Tuffier i Bour: Presse médical. 1925, Nr. 64.

Dr. med. Antoni SZURZEC, sek .oddziału. Kraków.

Badania nad dożylnem stosowaniem urotropiny w ginekologji *).

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza.
Prymarjusz: Docent Dr. J. Zubrzycki.

W końcu ubiegłego stulecia Nicolaier wprowadził do lecznictwa hexamethylentetramin pod nazwą urotropiny od greckiego τὸ οὖρον mocz τρεπὲν zmieniać. Urotropina jest związkiem aldehydu mrówkowego z amoniakiem i posiada wzór chemiczny $(CH_3)_6N_4$.

Wskazania lecznicze urotropiny, początkowo dość ciasne, uległy jednak z biegiem czasu rozszerzeniu tak, że środek ten zaczęto stosować nietylko, jak to pierwotnie zalecał Nicolaier, w schorzeniach zapalnych dróg moczowych, lecz także i w różnych innych cierpieniach. Levison i Tanago polecali podawać urotropinę jako środek rozpuszczający kamienie moczowe. Orłowski stwierdził, że pod jej wpływem wzmaga się rozpuszczanie kwasu moczowego. Rosenfeld, Neumayer spostrzegali dobre działanie urotropiny w skazie moczanowej. Richardson radził stosować urotropinę w chorobach zakaźnych, jak n. p. dur brzuszny. Początkowo podawano urotropinę tylko dustnie, z biegiem czasu jednak zaczęto środek ten stosować także dożylnie (Deutsch, Loeper i Grosdidier, Sachs, Buzello i inni) w najrozmaitszych cierpieniach, jak n. p. choroby zakaźne, schorzenia dróg żółciowych, ogólne zakażenie ustroju i t. p.

Dopiero z końcem 1921 roku Vogt jako pierwszy podał, że i w schorzeniach narządu moczowego można podawać z dobrym skutkiem urotropinę także dożylnie. Stwierdził on mianowicie między innemi, że zastosowanie dożylne 40% wodnego roztworu urotropiny:

1) zwalcza zatrzymanie moczu występujące po porodach i zabiegach ginekologicznych;

2) wywiera korzystny wpływ na przebieg spraw zapalnych pęcherza i miedniczek nerkowych.

Odtąd też zaczęli w wyżej podanych cierpieniach podawać urotropinę dożylnie i inni klinicyści (Quack, Pasch, Picard, Schwab, Krieger, Weinzierl, Gragert, Ecke). Spostrzeżenia ich potwierdziły wyniki prac Vogta tak, że Stoeckel na kongresie ginekologów w Wiedniu w roku 1925 wypowiedział nawet zdanie, że przy zatrzymaniu moczu po zabiegach i porodach nie powinno się już dzisiaj bezwarunkowo, ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia, używać cewnika, lecz tylko dożylnych wlewań rozczynów urotropiny.

Urotropina wprowadzona do ustroju tą lub inną drogą rozszczepia się tylko w środowiskach kwaśnych (Nicolaier, Buzello, Trendelenburg) i wydziela się częściowo, jako drobina nie rozłożona, a częściowo w postaci swych składowych, formaldehydu i amoniaku. Formaldehyd, jak powszechnie uznano, jest doskonałym środkiem odkażającym i lecznicze działanie urotropiny w przypadkach zakażeń dróg moczowych ma głównie polegać na jego działaniu. Nie jest to jednak tak bezwzględnie pewną rzeczą, bo jak piśmiennictwo poucza, pomimo ciągłych badań nad urotropiną do dziś nie wyjaśniono dostatecznie i wszechstronnie działania urotropiny w ustroju ludzkiem. Nie wyjaśniono jeszcze dokładnie tak zasadniczej rzeczy, jak bakterjobójczych właściwości nierozłożonej cząsteczki urotropiny. Według zapatrywań większości autorów urotropina, jak to wspomniałem powyżej, ma działać wprawdzie głównie dzięki swej uwolnionej grupie formaldehydowej, jednakowoż i cząsteczki nierozłożonej w ustroju urotropiny mają mieć również działanie bakterjobójcze (Orłowski). Niektórzy natomiast, jak Bazello, odmawiają urotropinie wybitniejszego działania bakterjobójczego lub uważają, że działa ona bakterjobójczo tylko na niektóre rodzaje drobnoustrojów. Z badań Ohira znowu wynikałoby, że urotropina w ustroju niema bezpośredniego działania bakterjobójczego, lecz pośrednio przez samą zmianę podłoża tylko wstrzymuje rozwój zarazków. Także nie stwierdzono napewno w jakiem miejscu ustroju następuje rozszczepianie się urotropiny na jej składowe amonjak i formaldehyd, a przypuszczenia większości autorów, że rozkład ten odbywa się w nerkach, pozostają tylko przypuszczeniami.

Jeszcze może mniej wyjaśniona jest sprawa działania urotropiny na mechanizm opróżnienia pęcherza w stanach zatrzymania moczu po zabiegach i porodach. Wchodzą tu w grę, nie ulega wątpliwości, przyczyny takie, jak uszkodzenia połączeń nerwowych, zmiany w ułożeniu pęcherza, również i czynniki natury statycznej i psychicznej. Lecz poza tem istnieje cały szereg przypadków zatrzymania moczu, których powyższemi sprawami wytłómaczyć nie możemy. Z pośród szeregu istniejących teoryj, usiłujących wyjaśnić tę sprawę, może najtrafniejsza mojem zdaniem, jest teorja Müllera. Autor ten twierdzi, że wskutek uśpienia lub urazu mechanicznego pęcherza podczas zabiegu lub porodu u niektórych osób następuje podrażnienie zakończeń nerwu współczulnego w pęcherzu, co dzięki właściwościom unerwienia pęcherza według prawa skrzyżowania na drodze odruchowej prowadzi do rozluźnienia wypieracza moczu *(m. detrusor urinae)*, a skurczu zwieracza pęcherza, w następstwie zaś tego do zatrzymania moczu. Odwrotnie według tegoż autora formaldehyd ma wywierać drażniące działanie na zakończenia nerwów układu wegetacyjnego (parasympatycznego) w pęcherzu; przez co doprowadza do skurczu wypieracza moczu i rozluźnienia zwieracza, to zaś w następstwie wywołuje opróżnienie pęcherza.

Z czasem rozważania farmakologiczne i doświadczenia kliniczne doprowadziły do wniosku, że lepiej zamiast czystej urotropiny wlewać dożylnie mieszankę urotropinowo-salicylowo-kofeinową. Podał ją w r. 1923 Picard, a przemysł chemiczny wprowadził do użytku pod nazwą cylotropiny (Schering). Jest to wodny rozczyn 40% urotropiny, 16% salicylanu sodu i 4% salicylanu kofeinowo-sodowego. Jedna dawka wynosi zazwyczaj 5 cm^3 płynu koloru jasno żółtego, który zawiera 2.0 urotropiny, 0.8 salicylanu sodu, a 0.2 salicylanu kofeinowo-sodowego. Główną zaletą cylotropiny ma być to, że działa ona nietylko w środowiskach kwaśnych, lecz również i w zasadowych. W ustroju bowiem salicylan sodu rozszczepia się na kwas salicylowy,, który oprócz działania wybitnie odkażającego ma zmieniać środowiska alkaliczne i obojętne na kwaśne (Picard). Poza tem dodatek kofeiny ma wzmagać działanie moczopędne urotropiny. Wreszcie cylotropina ma mieć z punktu widzenia klinicznego tą przewagę nad urotripną, że przy podawaniu jej rzadziej uwydatnia się uboczne działanie urotropiny, jak bolesne parcie na mocz lub krwiomocz (Vogt).

Wychodząc z założenia, że lekarze chorób kobiecych i położnicy spotykają się bardzo często z zatrzymaniem moczu po zabiegach ginekologicznych i porodach, oraz ze schorzeniami zapalnemi dróg moczowych i wobec tych świetnych wyników, jakie otrzymali wyżej wspomniani autorowie, lecząc te cierpienia wlewaniami dożylnemi przetworów urotropinowych, przystąpiliśmy na oddziale III szpitala św. Łazarza do podawań tych środków w wymieniony sposób. Nadmieniam poza tem, że oprócz stosowania dożylnego podawaliśmy urotropinę i doustnie celem porównania wyników uzyskanych przy jednym i przy drugim sposobie użycia jej. Posługiwaliśmy się w tym celu urotropiną Scheringa lub też cylotropiną Scheringa, albo też mieszanką urotropinowo-salicylowo-kofeinową, zawsze świeżo przygotowaną w aptece szpitalnej, a to z obawy niebezpieczeństwa z powodu odszczepienia formaldehylu w starych rozczynach, według przepisów następujących:

Do wstrzykiwań dożylnych: *Urotropini Schering* 2.0. *Natri salicylici* 0.8. *Coffeini natrio salicylici* 0.2. *Aquae destilatae* 5.0.

Do podawań doustnych: *Urotropini Schering* 2.0. *Natri salicylici* 0.8. *Coff. natr. salicyl.* 0.2.

W wynikach klinicznych zasadniczej różnicy w działaniu wyżej wspomnianych preparatów nie zauważyliśmy.

Badania nasze przeprowadzaliśmy w dwóch kierunkach, a mianowicie:

1) Wzięliśmy sobie za cel stwierdzić doświadczalnie różnicę, zachodzące w wydzielaniu się z ustroju przez drogi moczowe

---

*) Według wykładu, wygłoszonego w Krak. Tow. Ginekologicznym w dniu 14 czerwca 1927 roku.

PRZYPADEK III. Z. D. lat 28. L dz. 12866/996, 1926 r.
Rozpoznanie: Zapalenie przydatków macicy obustronne przewlekłe.

26. XII. 1926 r. o godzinie 13 podano **dożylnie** 3 gr. urotropiny (Schering).

Czas	Ilość moczu	Oddziaływanie	Ciężar właściwy	Formaldehyd	Urotropina
13 godz		kwaśne	1022	—	—
13·05 „	4 cm³	„		—	—
13·10 „	6 „	„		—	ślad
13·15 „	5 „	„		—	+
13·20 „	5 „	„		ślad	+
13·25 „	6 „	„		+	+
13·30 „	5 „	„		+	+
13·35 „	5 „	„		+	+
14 „	40 „	słabo kwaśne	1021	+	+
15 „	70 „	„	„	+	+
16 „	65 „	„	„	+	++
17 „	70 „	kwaśne	„	+	++
18 „	65 „	„	„	++	++
20 „	80 „	„	„	++	++
22 „	75 „	„	1022	++	++
1 (27/XII)	115 „	„	„	++	++
5 godz.	185 „	„	„	++	++
8 „	170 „	„	„	++	++
10 „	85 „	„	„	+	+
11 „	40 „	„	„	+	+
12 „	35 „	„	„	+	+
13 „	45 „	„	„	+	+
13·05 „	5 „	„	„	+	+
13·10 „	5 „	„	„	ślad	+
13·15 „	6 „	„	„	ślad	+
14·20 „	4 „	„	„	—	+
14 „	35 „	„	„	--	+
14·30 „	30 „	„	„	—	ślad
14·35 „	4 „	„	„	—	ślad
14·40 „	6 „	„	„	—	—
14·45 „	4 „	„	„	—	—
	1275 cm³			24 godz.	25 g. 30 m

29. XII. 1926 r. o godzinie 13 podano **doustnie** 3 gr urotropiny (Schering).

Czas	Ilość moczu	Oddziaływanie	Ciężar właściwy	Formaldehyd	Urotropina
13 godz.		kwaśne	1022	—	
13·05 „	4 cm³	„		—	
13·10 „	5 „	„		—	
13·15 „	4 „	„		—	ślad
13·20 „	4 „	„		—	+
13·25 „	3 „	„		—	+
13·30 „	5 „	„		—	+
13·35 „	6 „	„		—	+
13·40 „	5 „	„		—	+
13·45 „	3 „	„		ślad	+
13·50 „	4 „	„		+	+
13·55 „	6 „	„		+	+
14 „	8 „	„		+	+
15 „	60 „	„	1021	+	+
16 „	65 „	„	„	+	++
17 „	75 „	„	„	+	++
18 „	65 „	„	„	+	++
20 „	90 „	„	„	++	++
22 „	95 „	„	1022	++	++
1 (30/XII)	120 „	„	„	++	++
5 „	190 „	„	„	++	++
8 „	180 „	„	„	++	+
10 „	110 „	„	„	+	+
11 „	35 „	„	„	+	+
12 „	60 „	„	„	+	+
13 „	55 „	„	„	+	+
13·30 „	28 „	„	„	ślad	+
13·35 „	4 „	„	„	—	+
13·45 „	11 „	„	„	—	+
14 „	12 „	„	„	—	+
14·30 „	20 „	„	„	—	+
14·45 „	14 „	„	„	—	+
14·50 „	4 „	„	„	—	ślad
14·55 „	5 „	„	„	—	ślad
15 „	4 „	„	„	—	—
15·05 „	3 „	„	„	—	—
	1369 cm³			23 g. 50 m.	25 g. 45 m.

2. I. 1927 r. podano **dożylnie** 3 gr. urotropiny (Schering)
Całkowita ilość moczu w okresie wydzielania się z ustroju urotropiny (25 godz. 10 min.) . . . . **1250 cm³**
Ciężar właściwy 1022
Oddziaływanie kwaśne
Formaldehyd +
Ilościowo próbą Schrötera:
w 100 cm³ moczu 0,10253 urotropiny
a w 1250 „ „ 1,2617 „

5. I. 1927 r. podano **doustnie** 3 gr urotropiny (Schering)
Całkowita ilość moczu w okresie wydzielania się z ustroju urotropiny (27 godz.) . . . . **1300 cm³**
Ciężar właściwy 1022
Oddziaływanie kwaśne
Formaldehyd +
Ilościowo próbą Schrötera:
w 100 cm³ moczu 0,10505 urotropiny
a w 1300 „ „ 1,36565 „

urotropiny i formaldehylu przy podawaniu przetworów urotropinowych dożylnie i doustnie.

2) Staraliśmy się przeprowadzić leczenie wlewaniami dożylnemi urotropiny w całym szeregu najczęściej spotykanych w ginekologji schorzeń narządu moczowego dla przekonania się o wartości i sile leczniczej urotropiny stosowanej w wymieniony sposób w porównaniu z zastosowaniem jej doustnie.

Pierwszą część naszych badań przeprowadzaliśmy na osobach ze zdrowym i sprawnie działającym narządem moczowym. Podaliśmy zaś urotropinę dożylnie lub doustnie w ilości 3.0 jednorazowo i oznaczaliśmy: ilość moczu, oddziaływanie, ciężar właściwy moczu, jakościowo formaldehyd i utropinę. Formaldehyd jakościowo wykrywaliśmy próbą Jorssena-Vanino (10% wodny rozczyn floroglucyny + 15% ług sodowy, w razie obecności formaldehydu występuje zabarwienie moczu fioletowo-czerwone). Urotropinę zaś stwierdzaliśmy w moczu 10% wodą borową (w razie obecności osad drobnoziarnisty, pomarańczowo-żółtawy). Próby ilościowe[1]) wykonywaliśmy tylko co do urotropiny, którą oznaczaliśmy w całkowitej ilości moczu przez cały okres wydzielania się jej z moczem. Posługiwaliśmy się przytem próbą Schrötera (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 64, 161. 1911). Prób ilościowych formaldehydu nie wykonywaliśmy ze względu na brak dokładnych metod ilościowego oznaczania tegoż w moczu (Voit).

Z pośród kilkunastu w ten sposób zbadanych przez nas przypadków, ze zgodnemi prawie wynikami, podajemy jeden jako przykład.

Z przeprowadzonych doświadczeń wynika:

1) Wydzielanie się formaldehydu z moczem, tak co do szybkości wydzielania się jak i natężenia przedstawia się prawie jednakowo po podaniu urotropiny dożylnem i doustnem.

2) Urotropina nierozłożona wydziela się z moczem prawie jednakowo szybko i w jednakowej ilości przy podaniu jej dożylnie i doustnie.

Po uzyskaniu powyższych teoretycznych danych przystąpiliśmy dopiero w dalszym ciągu do badań klinicznych, tem więcej, że wyniki powyższych doświadczeń nasuwały przypuszczenie, że i klinicznie większych różnic w wynikach leczniczych nie możemy się spodziewać po podaniu urotropiny dożylnem, niż po podaniu jej doustnem. Leczone przez nas przypadki chorobowe mające rozstrzygnąć to pytanie można podzielić na dwie grupy:

1) Przypadki zatrzymania moczu po zabiegach ginekologiczno-chirurgicznych.

2) Przypadki schorzeń dróg moczowych, jak zapalenie pęcherza i zapalenie miedniczek nerkowych.

Omówię najprzód przypadki pierwszej grupy. Było ich 35, z czego 10 przypadków po zabiegach ciężkich; jak doszczętne wycięcie macicy sposobem Wertheima z powodu raka szyjki macicy i 25 przypadków po zabiegach średnio-ciężkich i lekkich. Postępowanie nasze było zawsze tego rodzaju, że wyłącznie tylko po stwierdzeniu zatrzymania moczu, zwykle w kilkanaście godzin po zabiegu, kiedy pęcherz był znacznie wypełniony i chora skarżyła się na dolegliwości ze strony pęcherza, jak bóle i parcie na mocz, podawaliśmy dożylnie lub doustnie przetwory urotropinowe. Uważaliśmy bowiem, że tylko w tych warunkach można należycie i krytycznie wyświetlić działanie środka.

Co do tej sprawy nadmienić muszę, że niektórzy klinicyści próbowali także wyzyskać działanie przetworów urotropinowych w celach zapobiegawczych, aby uniknąć ewentualnego zatrzymania moczu, z którym spotykamy się tak często po zabiegach ginekologicznych i podawali urotropinę dożylnie zawsze po wszystkich zabiegach u każdej chorej. Postępowanie takie nie znalazło jednak wielu zwolenników i słusznie, gdyż nie we wszystkich przypadkach po operacji następuje zatrzymanie moczu. Według bowiem statystyki Quacka z kliniki Mackenrodta w Berlinie 60%, Weinzierla z kliniki Wagnera 55%, Rosenbergera 66.6% kobiet po zabiegach oddaje mocz prawidłowo. U nas na oddziale nie podawaliśmy zapobiegawczo przetworów urotropinowych, w celach zwalczania pooperacyjnego zatrzymania moczu, ponieważ przekonani spostrzeganiem wielu przypadków także doszliśmy do wniosku, że duża liczba chorych pomimo ciężkości zabiegu oddawała mocz samoistnie. Natomiast podawaliśmy te środki zapobiegawczo jedynie w celach ewentualnego odkażania dróg moczowych po ciężkich zabiegach, jak doszczętne wycięcie macicy sposobem Wertheima, ze względu na bardzo częste występowanie spraw zapalnych dróg moczowych w tych razach. W ten sposób postępując chcieliśmy więc, ściślej się wyrażając, uniknąć zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych, tych tak częstych powikłań spotykanych po wspomnianym zabiegu. Nie możemy jednak napewno twierdzić o skuteczności tego zastosowania, chociaż odnosimy wrażenie, że wpływ jego był korzystny.

W stanach pooperacyjnego zatrzymania moczu podawaliśmy zwykle cylotropinę lub urotropinę dożylnie w wodnym 40% rozczynie od 5 do 10 cm³, lub też *in substantia* przetwory urotropinowe doustnie w tejże samej ilości. Jeżeli chora po wstrzyknięciu lub podaniu doustnem w czasie od 2 do 3 godzin nie oddawała moczu i o ile dolegliwości ze strony pęcherza nie były zbyt wielkie, dawkę powtarzano. Jeżeli zaś i tym razem nie następowało samoistne opróżnienie pęcherza po 1 lub 2 godzinach, wtenczas z reguły opróżniano pęcherz cewnikiem. Wyniki naszych doświadczeń, przeprowadzonych w tym kierunku, podane są w zestawieniach 1, 2 i 3.

Zestawienie I.

Ilość przypadków	Zabieg	Wlewanie dożylne I	II	Środek	Skutek
10	Zabieg doszczętny raka szyjki macicy sposobem Wertheima	4	6	W 6 przypadkach podano urotropinę, w 4 cylotropinę	0

Uwaga: W 4 przypadkach wlewania nie powtórzono z powodu znacznych dolegliwości chorej ze strony pęcherza.

Jak z powyższego widać, w tem zestawieniu uwzględniono tylko wyniki lecznicze, uzyskane po dożylnem podaniu przetworów urotropinowych u chorych z zatrzymaniem moczu po doszczętnym zabiegu raka szyjki macicy, wykonanym sposobem Wertheima. Zestawiono zaś te przypadki osobno dlatego, bo w odróżnieniu do innych wynik leczniczy we wszystkich naszych dziesięciu przypadkach był ujemny. Wszystkie te przypadki dotyczyły daleko posuniętego raka szyjki macicy i wskutek tego przy zabiegu musiano usunąć znaczną część pochwy i dużo tkanki łącznej przymacicznej. Być może, że przy mniej doszczętnem postępowaniu wynik leczniczy przetworów urotropinowych byłby i w tych razach pomyślniejszy. Badania jednak i innych klinicystów, przeprowadzone w tym kierunku, potwierdzają do pewnego stopnia wyniki naszych doświadczeń. I tak *Weinzierl* podaje, że na klinice Wagnera na 42 przypadki zatrzymania moczu po doszczętnym zabiegu Wertheima, w których podano dożylnie 40% wodny rozczyn urotropiny, tylko w 5 przypadkach osiągnięto wynik dodatni (11.9%). Inni autorowie *(Gragert)* podają albo bardzo mały odsetek wyniku dodatniego w tych razach, alboteż wynik zupełnie ujemny. Naogół większość klinicystów zgadza się z tem, że im doszczętniejsze było postępowanie i im więcej był pęcherz wciągnięty w pole operacyjne, tem mniejsza jest możliwość samoistnego oddania moczu przez chorą po podaniu przetworów urotropinowych. Przyczyny tego szukać należy w tem, że przy doszczętnem postępowaniu w tych przypadkach uszkadza się połączenia nerwowe pęcherza i jego anatomiczne ułożenie ulega zmianie. Pęcherz traci swą podstawę i zwisa wolno do miednicy małej. Niezawodnie i uraz mechaniczny pęcherza nie jest tutaj bez znaczenia. I dlatego też dopiero po pewnym okresie czasu, kiedy pęcherz przystosuje się do nowych warunków, zaczyna on działać sprawnie.

Doustnie urorotropiny chorym po tym zabiegu celem zwalczania zatrzymania moczu nie podawaliśmy, aby z jednej strony uniknąć obciążenia przewodu pokarmowego, z drugiej zaś dlatego, bo dożylne podawanie tego środka upewniło nas o jego bezskuteczności w danym razie.

Zupełnie inaczej przedstawia się działanie urotropiny w przypadkach zatrzymania moczu po zabiegach średnio-ciężkich i lekkich, podanej dożylnie. W tych razach zastosowanie tego środka zawsze prawie było skuteczne. Oddanie bowiem moczu samoistne spostrzegaliśmy w 93.3%. Dowodzi tego zestawienie II.

Wychodząc z założenia, że w naszych badaniach doświadczalnych nie było właściwie zasadniczej różnicy po wprowadzeniu do ustroju przetworów urotropinowych tą lub inną drogą, przypuszczaliśmy, że i w klinicznem zastosowaniu różnicy zasadniczej być nie powinno. Dlatego też w ostatnich czasach zamiast dożylnie lek ten podawaliśmy doustnie w tej samej ilości na dawkę, co dożylnie. W ten sposób postępując leczyliśmy tylko dziesięć przypadków. Jak to wynika z zestawienia III, teoretyczne nasze założenie w zupełności potwierdziło się w praktycznem doświadcze-

[1]) Próby ilościowe urotropiny w moczu wykonane były w pracowni chemicznej szpitala św. Łazarza przy oddziele I. A. pozostającej pod kierownictwem Prof. Dr. Latkowskiego, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

niu klinicznem, ponieważ na dziesięć wspomnianych przypadków dziewięć chorych oddało mocz samoistnie po podaniu doustnem odpowiedniej ilości urotropiny.

Zestawienie II.

Ilość przypadków	Zabieg	Wlewanie dożylne I	II	Środek	Skutek
2	Laparotomja próbna	2	—	urotropina	+
1	Przemieszczenie macicy sposobem Wertheim-Schauty	1	—	„	+
1	Skrócenie więzadeł obłych (zab. Alexander-Adams)	1	—	„	+
4	Cięcie cesarskie pochwowe	3	1	cylotropina	+
2	Kolporafja tylna i plastyka krocza	2	—	urotropina	+
1	Kolporafja przednia i tylna i zabieg sposobem Emmeta	1	—	„	+
1	Skrobanie macicy	1	—	cylotropina	+
1	Wycinek próbny z części pochwowej	—	1	„	+
1	Laparotomja i usunięcie torbieli jajnikowej	1	—	„	+
1	Laparatomja i usunięcie puchliny lewego jajowodu (hydrosalpinx)	—	1	„	+

Wynik dodatni *stanowi* 93.3%.

Uwaga: Pomimo powtórnego wstrzyknięcia chora nie mogła oddać moczu samoistnie i wskutek dolegliwości pęcherz opróżniono cewnikiem.

Zestawienie III.

Ilość przypad.	Zabieg	Wlewanie dożylne I	II	Środek	Skutek
1	Laparotomja próbna	1	—	Urotropina	+
2	Kolporafja tylna i plastyka krocza	1	1	„	+
2	Cięcie cesarskie pochwowe	1	1	Cylotropina	+
2	Skrobanie macicy	2	—	„	+
2	Przerwanie ciąży przez wyskrobanie macicy	1	1	Urotropina	+
1	Odcięcie macicy nadpochwowe (amputatio uteri)	1	—	„	0

Wynik dodatni stanowi *90*%.

Uwaga: Do dwóch godzin chora nie mogła oddać moczu, dawki nie powtórzono ze względu na dolegliwości, pęcherz opróżniono cewnikiem.

Z powyżej przytoczonych zestawień wynika:

1) W stanach zatrzymania moczu po zabiegach ciężkich, jak doszczętne wycięcie macicy sposobem Wertheima, zastosowanie przetworów urotropinowych we wszystkich przypadkach dało wynik ujemny.

2) Natomiast w stanach zatrzymania moczu po zabiegach średnio-ciężkich i lekkich prawie z reguły otrzymywaliśmy wynik dodatni.

3) Nie spostrzegaliśmy zasadniczej różnicy w działaniu na sprawność fizjologiczną pęcherza po zastosowaniu urotropiny dożylnem i doustnem.

Z kolei rzeczy przechodzę do omówienia wyników drugiej części naszych badań klinicznych. Dotyczą one powyżej wspomnianego pytania, jak oddziaływa dożylne podanie przetworów urotropinowych w stosunku do zastosowania ich doustnego w przypadkach zachorzeń zapalnych dróg moczowych, tak ostrych jak również i przewlekłych. Sposób naszego postępowania był następujący: W każdym z przypadków najpierw badano mocz nietylko klinicznie lecz i bakterjologicznie celem określenia flory bakteryjnej, nieraz badanie wykonywano nawet kilkakrotnie. Następnie po zachowaniu ile możności odpowiedniej diety wlewano dożylnie po 5 do 10 cm³ 40% wodnego rozczynu urotropiny lub cylotropiny codziennie lub co drugi dzień, albo też podawano doustnie odpowiednią ilość tychże środków. W ten sposób leczono przez okres 10 do 15 dni. W przypadkach więcej uporczywych starano się zmieniać odpowiednio podłoża (mocz) z alkalicznych na kwaśne i odwrotnie, podając doustnie większą ilość sody oczyszczonej *natrium bicarbonicum* lub chlorku amonu *(ammonium chloratum* NH_4Cl). Prawie u wszystkich leczonych przez nas w ten sposób chorych otrzymaliśmy albo zupełne wyleczenie, albo też znaczną poprawę stanu chorobowego. Pod wpływem leczniczego działania urotropiny zupełnie ustępowały albo znacznie zmniejszały się objawy ogólne, jak podniesiona ciepłota ciała, ogólne osłabienie. Zmniejszały się lub zupełnie ustępowały objawy ze strony pęcherza, jak częste oddawanie moczu, parcie na mocz, bóle przy oddawaniu moczu, krwiomocz. Ilość białka w moczu malała, a badanie drobnowidowe osadu moczu stwierdzało zmniejszenie się znaczne krwinek białych i czerwonych, oraz złuszczonych nabłonków, mniejszą ilość drobnoustrojów.

Nadmienić muszę, że zasadniczej różnicy w sile działania urotropiny podanej dożylnie i doustnie w tych razach także nie stwierdziliśmy. Sprawy chorobowe albo leczyły się tak samo dobrze przy dożylnem jak i doustnem podawaniu urotropiny, albo też nie cofały się przy podaniu środka tą lub inną drogą.

Przypadków tej grupy leczyliśmy dwadzieścia, a wyniki podane są w zestawieniu IV.

Zestawienie IV.

Ilość przypadków	Choroba podstawowa	Powikłania	Badanie moczu bakter.	Leczenie	Skutek
7	Rak szyjki macicy (zabieg doszczętny spos. Werth).	Zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych po zabiegu.	Prątek okrężnicy.	W 3 przypadkach podano dożylnie urotropinę, w 4 cylotropinę.	+
5	Rak szyjki macicy	Zapalenie pęcherza przed zabiegiem	Prątek okrężnicy.	W 4 przypadkach urotropina doustnie, w 1 cylotropina dożylnie	+
1	Mięsak macicy obumarły	Zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych	Prątek okrężnicy	Urotropina dożylnie	+
3	Zapalenie otrzewnej miednicy małej	Zapalenie pęcherza „ „	Prątek okrężnicy	Urotropina doustnie	+
	„ „	„ „	Dwoinki wiewiórowe	Cylotropina dożylnie	+
2	Zapalenie wnętrza macicy połogowe	„ „ „ „	W 1 przypadku dwoinki wiewiórowe w 2 prątek okrężnicy	Mieszanka urotropinowo-kofeinowo-salicylowa doustnie	+
1	Wypadnięcie przedniej i tylnej ściany pochwy (Kolporafja przednia i tylna	Zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych	Prątek okrężnicy	Przetwory urotropinowe początkowo doustnie, później dożylnie. Zmiana podłoża.	

Wynik dodatni *stanowi* 95%.

Uwaga: Pomimo intenzywnego leczenia przetworami urotropinow. nie osiągnięto nawet znaczniejszej poprawy.

Niektórzy klinicyści, jak Gragert, Pasch, Quack, Schwab, choć rzadko, lecz jednak spotykali się z ubocznem działaniem urotropiny, jak bardzo silne, bolesne i długotrwające parcie na mocz oraz krwiomocz, z powodu podrażnienia błony śluzowej pęcherza rzekomo przez formaldehyd.

W żadnym z naszych przypadków przy podawaniu przetworów urotropinowych doustnie żadnego działania ubocznego nie zauważyliśmy, natomiast przy podawaniu ich dożylnie w kilku przypadkach wystąpiło w pierwszych chwilach po podaniu nadmiernie wzmożone i bolesne parcie na mocz.

Na podstawie naszych badań i spostrzegań klinicznych dochodzimy do następujących wniosków:

1) Podanie tak dożylne jak i doustne odpowiednich ilości przetworów urotropinowych w przypadkach pooperacyjnego za-

trzymania moczu daje dobre wyniki, wywołując oddanie moczu samoistne. Wyjątek stanowią przypadki po doszczętnym zabiegu raka szyjki macicy, dokonanym sposobem Wertheima. Środki te bowiem w tych razach przeważnie zawodzą.

2) Stosowanie zapobiegawcze przetworów urotropinowych w celach zwalczania zatrzymania moczu po zabiegach nie jest wskazane, gdyż wiele chorych w tych razach oddaje mocz samoistnie. Nie możemy jednak wykluczyć, iż podawanie tych środków zapobiegawczo tylko w celach odkażenia dróg moczowych i przez to uniknięcia następowego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych, zwłaszcza po niektórych zabiegach, jak n. p. zabieg Wertheima, może ewentualnie znaleźć zastosowanie.

3) Na podstawie teoretycznych badań i klinicznego doświadczenia należy przyjąć, że niema właściwie zasadniczej różnicy co do siły i czasu działania przy podawaniu przetworów urotropinowych dożylnie lub doustnie.

4) Podawanie dożylne przetworów urotropinowych, i to tak przy zatrzymaniu moczu jak i przy sprawach zapalnych dróg moczowych, może mieć wyższość nad podawaniem tych środków doustnie jedynie w przypadkach powikłanych zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, lub po zabiegach dokonanych w jamie brzusznej, a to dlatego, ażeby uniknąć w tych razach obciążenia przewodu pokarmowego i upośledzenia wchłaniania tych środków.

Piśmiennictwo.

1) Nicolaier: Zeitschr. f. Kl. Med. 1889 Bd. 38. — 2) Orłowski: K woprosu o baktericidnych i rastworjajuszczich moczewuju kislotu swoistwach urotropina i terapeuticzeskom jego primienieniu pri cistitach. Petersburg 1900. — 3) Orłowski: Przegląd lekarski 1900, S. 239. — 4) Salkowski: Biochem. Ztschr. 1919. Bd. 97. — 5) Buzello: Deutsche Ztschr. f. Chirurgie Bd. 186: Hft. 1 u. 2, S. 61, 1922. — 6) Ohira: Zentralblatt f. Bakter. 1920, Nr. 85, S. 63. — 7) O. Sachs: Wiener Klin. Wochnschrift 1914, Nr. 20. — 8) Voit: Archiv. f. experimentelle Patologie und Pharmakologie. Bd. 95, S. 124, 1922. — 9) Vogt: Zentrallblatt f. Gynekol. Nr. 49, 1921. — 10) Vogt: Klinische Wochenschrift 1925, Nr. 1, S. 18. — 11) Vogt: Klinische Wochenschrift, 1925, Nr. 25. — 12) Vogt: Terapie der Gegenwart 1925, Hft. 11. — 13) Picard: Vortrag gehalten am 11/1 1923 vor der Hufelandischen Gesellschaft zu Berlin. — 14) Isaak-Krieger: Medizinische Klinik 1924, Nr. 44, S. 1546. — 15) Quack: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 30. — 16) Quack: Zentrallblatt f. Gynakologie Nr. 50/5111923, S. 1895. — 17 Pasch: Zentrallblatt f. Gynäkologie Nr. 13, 1924, S. 706. — 18) Ecke: Zentrallblatt f Gynäkologie, Nr. 33, 1924, S. 1746. — 19) Gragert: Zentrallblatt f. Gynakologie, Nr. 18, 1926, S. 1187. — 20) Gragert: Zentrallblatt f. Gynakologie, Nr. 18, 1926, S. 1195. — 21) Schwab: Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 44, S. 1880—1882.

Edward WAJS i Henryk WASERMAN. Warszawa.

Wskazania do stosowania witamin w lecznictwie.

W dziedzinie nauki o witaminach lata wojenne i powojenne prócz 3-ch klasycznych awitaminoz-krzywicy, beri-beri i gnilca 1) nauczyły odróżniać jeszcze postacie poronne awitaminoz, 2) wskazywały, że przebieg kliniczny awitaminoz ma charakter przewlekły (a nie podostry lub ostry, jak przypuszczano dawniej), oraz, że awitaminoza istnieć musi już czas dłuższy, zanim wystąpią charakterystyczne objawy kliniczne.

A więc, brak w pokarmach czynnika A, czynnika przeciwkrzywiczego oraz czynnika wzrostu, zawartego w tłuszczach zwierzęcych (ale nie w świńskim i w roślinnych), w tranie, w mleku zwierząt, karmionych paszą zieloną, w żółtkach jaj, śmietance, w maśle, w mleku kobiecem, w tłuszczach roślinnych, naświetlanych promieniami pozafioletowemi i t. p. — wywołuje zmiany w tkankach, odżywianych przeważnie drogą naczyń chłonnych: zeschnięcie spojówek *(xerosis conjunctivae)*, rozmiękczenie rogówek *(keratomalacia)*; dalej poronne postacie rozmiękczenia kości *(osteomalacia)*, opisane przez Higiera w latach wojennych, zaniki głodowe kości (Chełmoński), obrzęki głodowe, prawdopodobnie krzywicę (Funk), — chociaż według Mallemby'ego oraz Blocha — zmiany kostne u zwierząt z doświadczalną awitaminozą A — różnią się od zmian krzywiczych; krzywica zaś — według nowych poglądów — uważana jest za cierpienie ustrojowe, w którego patogenezie odgrywają rolę oprócz braku witaminy A — inne czynniki jak pewne wrodzone usposobienie, brak soli Ca lub P, brak higjenicznych warunków wychowania: słońca, powietrza i t. p. Najbardziej wrażliwe na brak witaminy A są dzieci, u których objawami awitaminozy może być nieprzybieranie lub spadek wagi oraz skłonność do zakażeń: biegunki, nieżyty oskrzeli, zapalenia płuc odoskrzelowe, czyraczność (Pousson). Niekiedy awitaminoza matki przejawić się może nieprzybieraniem na wadze karmionego oseska.

Szczególniej ważne jest podawanie witaminy A po odłączeniu oseska od piersi.

Jak wynika z doświadczeń Mac-Leod'a i Shermann'a nad szczurami — brak czynnika A może nie odbijać się na cechach cielesnych, lecz wywoływać może bezpłodność.

Nadto czynnik A pomaga asymilacji soli wapniowych i wywołuje wzniesienie poziomu wapnia we krwi, co jest sprawą niezmiernie ważną w lecznictwie krzywicy i gruźlicy, w której zjonizowane sole wapniowe niezbędne są nie po to, aby wywołać wapnienie ognisk gruźliczych, lecz po to by wzmóc napięcie nerwu współczulnego, porażonego przez schorzenie gruźlicze (Sterling).

Brak czynnika B, — czynnika antyneurytycznego, a równocześnie czynnika wzrostu, zawartego w ziarnach zbóż, nasionach roślin strączkowych, w drożdżach piwnych i wyciągach z nich, w warzywach, owocach, narządach miąższowych zwierząt i t. p. — wywołuje japońską chorobę beri-beri, czyli kakke; schorzenie ustrojowe, cechujące się w początkowych okresach zaburzeniami trawiennemi i stanami astenji, następnie zaś porażeniami mięśni *(polyneuritis)*, w końcu obrzękami, zaburzeniami czynności serca, śpiączką i śmiercią wśród wzrastającego wyniszczenia. Sekcyjnie stwierdza się zmniejszenie gruczołów dokrewnych, z wyjątkiem nadnerczy, których kora ulega przerostowi. Podczas wojny światowej 1914-18 stwierdzono beri-beri na froncie włoskim i we Francji, w Marsylji (Lelesz).

Ponieważ na brak w. B. najbardziej wrażliwy jest układ nerwowy przeto poronne formy awitaminozy B. wyrażają się u dorosłych stanami depresji z nienormalnemi odruchami. Również układ pokarmowy reaguje na brak czynnika B. Mianowicie wczesnym objawem awitaminozy tej jest u ludzi brak łaknienia (Makowski), u zwierząt zaś (gołębi, psów) występują wymioty.

Werner tłómaczy powstanie wymiotów awitaminowych zmniejszaniem się wydzielania soku żołądkowego (Koskowski) lub całkowitą bezsocznością żołądkową przy braku czynnika B. Bezsoczność powoduje zastój pokarmowy w żołądku — stąd możliwe wymioty odruchowe. Nadto, niezupełnie strawione cząsteczki pokarmowe ulegać mogą wchłanianiu, drażnić ośrodek wymiotny — stąd możliwe wymioty toksyczne. Wymioty awitaminowe ustają po podawaniu czynnika B (drożdże lub wyciąg z nich) przyczyniającego się do zupełnego strawienia pokarmu. Również zastosowanie insuliny opóźnia u gołębi okres występowania wymiotów awitaminowych.

Opierając się na swych doświadczeniach, Werner wyciąga wniosek, iż w razie niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych *(hyperaemesis gravidarum)*, schorzenia będącego przedwstępnym okresem rzucawki porodowej — podawanie witaminy B wydaje się teoretycznie uzasadnione. Ostatniemi czasy proponowano w tem schorzeniu zastrzykiwanie insuliny (Oszacki) która również skuteczna jest w wymiotach na tle awitaminozy doświadczalnej (Werner). Zobaczymy wkrótce jeszcze jedno bliskie powinowactwo jakie istnieje między insuliną a witaminą B.

Otóż w awitaminozie B stwierdza się we krwi hiperglikemję (Funk, Ogata, Collazo, Lelesz), która znika zarówno po wprowadzeniu do ustroju czynnika B, jak i po zastrzyknieciu insuliny. Oba te ciała działają hipoglikemicznie wywołując spalanie cukrów we krwi. Desgrez, Bierry i Rathery stwierdzają, że dodatek witaminy B pod postacią drożdży do pożywienia chorych na cukrzycę zwiększa asymilację węglowodanów. R. Leszczyński, porównywując działanie witaminy B i insuliny, dochodzi do wniosku, iż obie te substancje są jadami parasympatycznemi. Działanie witaminy B na układ parasymptyczny tłómaczy w dostatecznym stopniu i wywoływanie hipoglikemj i wzmaganie wydzielania soku żołądkowego i wreszcie podtrzymywanie napięcia całego narządu trawiennego (Lumière).

Wykrycie powinowactwa między insuliną a witaminą B: 1) otwiera nowe horyzonty dla leczenia cukrzycy, 2) poniekąd objaśnia pewne szczegóły w dietetyce diabetyków (Leszczyński), u których podawanie chleba razowego wpływać może dodatnio na hiperglikemję i glukozurję nietylko dzięki trudniejszemu wchłanianiu w jelitach, ale też i dzięki wprowadzaniu do ustroju witaminy B. W wieku dziecięcym za poronne postacie lub równoważniki awitaminozy B uchodzą: skurcz odźwiernika, wymioty nerwowe, skaza kurczowa (Reyher, Kramsztyk). Tenże Reyher za awitaminozę B uważa 1) przedwczesne porody u kobiet nerwowych odżywiających się jednostronnie, 2) obrzęk pokarmowy u osesków, których matki chorowały na rzucawkę, wzgl. na niepowściągliwe wymioty. Ostatnie spostrzeżenie Reyhera łącznie z cytowanemi powyżej doświadczeniami Wernera, łącznie wreszcie z nowemi poglądami na etjologję rzucawki, stawiającemi wśród całego zespołu przyczyn powstawania rzucawki również zaburzenia odżywiania (Stroganow, Smolaga) — nasuwa myśl, czy nie byłoby skuteczne podawanie

witaminy B we wczesnych okresach rzucawki *(hydrops gravidarum, hyperaemesis gravidarum* i t. d.).

Brak czynnika C, czynnika przeciwgnilcowego, *vitaminum vasotropum* — według nomenklatury Higiera, czynnika występującego w świeżych owocach i jarzynach oraz ich soku, w nasionach kiełkujących, w mleku świeżem, niegotowanem zbyt długo i niepasteryzowanem, nieobecnego natomiast w pokarmach wysuszonych, w konserwach jarzynowych, w zakonserwowanem mięsie i t. p. — wywołuje dwie charakterystyczne choroby: gnilec i gnilec dziecięcy, czyli chorobę Moeller-Barlowa, schorzenie ostatniemi czasy zidentyfikowane co do swej etjologji z gnilcem dorosłych. Jest sprawą dla dietetyki niemowląt niezmiernie ważną stwierdzenie faktu, że witamina C może występować w ilości niedostatecznej nietylko w mleku denaturowanem (pasteryzowanem), ale i w kupnem mleku krowiem i koziem oraz w mleku kobiecem (Meyer i Nassau, Frank). Obecnie doświadczenia kliniczne (Reyher, Abels) nauczyły rozpoznawania b. wczesnych objawów awitaminozy C. Objawy te są: utrata łaknienia, nieprzybieranie na wadze, zmniejszenie jędrności tkanek, zły humor dziecka, wzrastająca niedokrewność, zmniejszenie odporności na zakażenia, wyrażające się nieprawidłowemi wzniesieniami ciepłoty ponad normę, wzmożona przepuszczalność ścianek naczyniowych (objaw późny). Abels uważa, iż w braku czynnika C powstaje pewien przestrój tkankowy, przestrój, cechujący się nieprawidłowemi odczynami obronnemi tkanek (dysergja) w stosunku do czynników zakaźnych. Dysergja ta ułatwia zakażenia i zmniejsza siły obronne ustroju.

Nad rolą witamin w wytwarzaniu odporności ustrojowej przeprowadzono liczne doświadczenia laboratoryjne i kliniczne. Sprawa ta szczególnie ważna jest w gruźlicy. Pogarszanie gruźlicy przez przebycie gnilca oraz częste występowanie w tych przypadkach gruźlicy prosówkowej stwierdzają Koch, Aschoff, Salle, Rosenberger, przecza temu natomast Dubrow i Hiss. Do wniosków podobnych, jak Koch i Aschoff dochodzą Bieling i Höjor, Mouriquand i Couland w doświadczeniach nad świnkami morskiemi, oraz Ławrynowicz i Bohdanowicz — w badaniach nad białemi myszami (we wszystkich tych doświadczeniach brak było czynnika C). Heymann przez podawanie zakażonym gruźlicą świnkom morskim witaminy C — otrzymał gruźlicę o wybitnie przewlekłym łagodnym przebiegu (czego zwykle u świnek morskich nie bywa). Nadto, witamina B zdaje się działać dodatnio w gruźlicy przez wzmaganie czynności regeneracyjnych ustroju (Abels). Odnośnych doświadczeń jednak brak. Ważne również się wydają doświadczenia Williamsa i Forsytha, którzy, hodując prątki gruźlicze na podłożu, zawierającem tran (Witamina A), otrzymywali prątki niekwasoodporne. O wpływie czynnika A na przyswajalność soli wapniowych była już mowa powyżej.

Po takiem zestawieniu awitaminoz i ich postaci poronnych chcemy zwrócić jeszcze uwagę, że: 1) zawartość witamin w pokarmach jest ilością zmienną, zależną np. w jarzynach od pory roku (Kramsztyk), 2) ilość ta ulec może jeszcze zmniejszeniu lub całkowitemu zniszczeniu przez nieodpowiednie przygotowywanie pokarmu, 3) przy koncentracji nabierają witaminy własności specjalnych, jakich nie posiadają pokarmy, obfitujące w te czynnik (Lelesz), 4) stężone wyciągi z witamin działają z nadzwyczajną szybkością w awitaminozach doświadczalnych. Dlatego też wprowadzone zostały do lecznictwa wyciągi witaminowe (niem. „Hefevit", „Hevitan", mączka dziecięca „Materna", szwajcarska „Orypan", polsk. „Calcitrin").

Wprowadzenie wyciągów witaminowych do lecznictwa odpowiada wprowadzeniu standaryzowanych leków lub surowic.

Polska mączka witaminowa „Calcitrin", z którą przeprowadzaliśmy doświadczenia kliniczne, składa się z wyciśniętego w odpowiednich prasach soku z pomidorów i cytryn z dodatkiem organicznego związku fosforowego („Phosphit") i organicznych soli wapniowych. „Calcitrin" zawiera wszystkie trzy czynniki witaminowe (A, B i C) oraz łatwo asymilowany, bo organiczny wapń (Schlossman).

Chcemy jeszcze rozpatrzeć wszystkie działy medycyny, w których wskazane jest leczenie wyciągami witaminowemi. A więc w medycynie wewnętrznej do leczenia tego nadają się: gruźlica płuc i gruczołów, stany wyczerpania nerwowego, długotrwały brak łaknienia, niedokrewności wtórne, rekonwalescencja, wyniszczenie, *dyspepsia nervosa* i możliwe, że cukrzyca. W pedjatrji: zołzy, gruźlica gruczołów okołooskrzelowych, krzywica, nieprzybieranie na wadze niemowląt, niedokrewność, stany podgorączkowe bez stwierdzalnej przyczyny, zatrzymanie lub opóźnienie rozwoju, skurcze odźwiernika, wymioty nerwowe, skaza skurczowa, okres odłączania od piersi.

W położnictwie i ginekologji: ciąża, karmienie, niepowściągliwe wymioty ciężarnych, rzucawka porodowa (we wczesnych okresach), stany niedokształcenia płciowego i ogólnego (dziecięcość typu Lorana-Rosner) i stany bezpłodności na tem tle.

W okulistyce: ślepota zmierzchowa, jako wstępne stadjum zeskórnienia spojówek; zeskórnienie spojówek, rozmiękczenie rogówki, pryszczykowe zapalenie spojówki i rogówki *(Keratoconjunctivitis, phlyctaenulosa);* w mniejszym stopniu — gruźlica tęczówki i naczyniówki.

W dermatologji: tuberkuloidy skóry, *scrophuloderma*, nie gojące się wypryski *(eczema)*.

W chirurgji: gruźlica kości i stawów, nie gojące się rany (Sauerbruch) i złamania kości.

Mimo tak wielkiego znaczenia leczniczego i społecznego witamin, ogół publiczności jest mało uświadomiony o znaczeniu i niezbędności czynników uzupełniających pożywienie.

W Polsce w sprawie przeprowadzenia najnowszych zasad biologji w odżywianiu prawie nic się nie robi. A jest to sprawa bardzo aktualna. Zwróćmy baczniejszą uwagę na tysiące bezrobotnych, pół roboczych, na dziesiątki tysięcy wyniszczonych dzieci w szkołach ludowych, zapełniających szczególniej ośrodki fabryczne, a przedewszystkiem uderzy w oczy ich wygląd zewnętrzny: postacie napoły wygłodzone, blade, wynędzniałe, żywo przypominające czasy okupacji niemieckiej.

Niewiele się omylimy, gdy powiemy, że ogólne powojenne zdenerwowanie, oprócz ciężkich warunków materjalnych, ma jeszcze swoje źródło w braku racjonalnego odżywiania.

Stany silnej depresji psychicznej, bóle neuralgiczne o najrozmaitszem umiejscowieniu, brak apetytu są zbliżone do stanów awitaminozy B i C z jednej strony, z drugiej zaś przypominają objawy początkowej utajonej gruźlicy.

Dlatego też witaminoterapja w gruźlicy nabiera szczególnego znaczenia.

Lelesz zaznacza wprost: „witaminy w gruźlicy, zwłaszcza w samych jej początkach, są pierwszorzędnym środkiem terapeutycznym". Oprócz tego Lelesz wskazuje działanie zapobiegawcze witamin, gdyż, powodując normalny rozwój młodych ustrojów, zmniejszają fizyczny niedorozwój, będący, jak wiadomo, jednym z warunków osłabiających odporność ustroju na zakażenie.

Ponieważ nie mieliśmy możności przeprowadzenia obserwacji w szpitalu wobec przepełnienia oddziału ciężko chorymi, skorzystaliśmy z materjału ambulatoryjnego Kasy Chorych m. st. Warszawy.

Badania nasze obejmują kilkaset przypadków ambulatoryjnych, przeważnie początkowej gruźlicy płuc, jawnej lub utajonej.

Zauważyliśmy wyniki dodatnie wyrażające się przyrostem wagi, lepszem łaknieniem oraz poprawą stanu psychicznego.

Z powodu braku miejsca przytaczamy zaledwie nikłą część obserwowanych przypadków:

I. A. W., lat 28. *Induratio apic. bilat, Lymphadenitis peribronch. tbc. Lymphadenitis colli.* Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. Ciepłota normalna. Wyniszczenie. Bladość powłok zewn.; brak apetytu, sił, często mdleje. Od 5. I. 1927 do 11. III. zwykłe leczenie: tran i *roborantia*. St. bez zmiany. Od 4. III. do 7 VI. 1927 *Calcitrin,* czuje się dużo lepiej: obrzmienia gruczołów chłonnych na szyi uległy regresji, apetyt dobry, sił znacznie więcej, przybytek wagi $2^1/_2$ kg.

II. B. S., lat 39. *Apic. bilater.* Ciepłota norm., od kilku miesięcy kaszle, pluje rano, szczupleje, brak sił, poty w nocy. Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. W obu górnych płatach dużo rzężeń wilgotnych.

Czas obserwacji. 28. III. do 10. VI. *Calcitrin.* Czuje się lepiej, przybytek na wadze 3 kg apetyt dobry, nie poci się, kaszel suchy, nie pluje. Ilość rzężeń w płucach znacznie mniejsza.

III. C. R., lat 43, *Phtisis pulmonum fibrocaseosa, chronice progrediens.* Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. Czas obserw. — od lutego 1927 do 10 czerwca 1927 r.: wyniszczenie kolosalne, brak sił, apetytu, bezsenność, poty nocne, dreszcze, zawroty głowy, dużo rzężeń w obu płucach, ciepłota normalna. *Calcitr.* Stan z dnia 10. VI. r. b.: czuje się dużo lepiej, zawroty głowy rzadko, kaszel bardzo mały, sen dobry, apetyt wyśmienity, nieco rzężeń w obu szczytach.

IV. C. M., lat 36. *Lymphadenitis peribronch. tbc. chronic. Induratio lobi sup. pulm. utriusque.* Czas obserwacji: 24. III.—6. VI. 1927: Skargi na osłabienie, zawroty głowy, brak sił, kaszle, pluje. Prątków Kocha nie znaleziono, ciepłota normalna, poty nocne. *Calcitrin.* Stan 6. VI. 1927. Sił więcej, apetyt lepszy, nie poci się, kaszle bardzo mało, przybytek wagi 2 kg.

V. D. A., lat 28. *Induratio lobi sup. pulm. dextr. et apic. sin.* Krwioplucia, pod prawym obojczykiem dużo rzężeń wilgotnych. Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. Przez czas od 2. V. do 17. V. przybytek wagi 1 kg 300 gr. — Czuje się lepiej. 6. VI. —

lepiej, apetyt dobry, przybytek wagi jeszcze 2 kg, rzężeń bardzo mało, kaszel niewielki, nie odpluwa.

VI. J. D., lat 26. *Induratio lobi sup. pulm. dextr.* (Roentgen). Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. *Calcitrin.* Czas obserwacji 10. III.—7. VI. 1927. Czuje się obecnie znacznie lepiej, nie gorączkuje, odpluwa bardzo rzadko, kaszel mniejszy, sił więcej, apetyt dobry, przybytek wagi 2 kg.

VII. D. S., lat 41. *Tubercul. fibrocaseosa pulm. dextr. chron. progrediens.* Ciepłota 37.2. Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. *Calcitr.* Czas obserwacji: 26. II. — 6. VI. 1927. Stan obecny: sił czuje znacznie więcej, apetyt wyśmienity, ciepłota normalna, rzężeń w płucu prawem o wiele mniej, nie pluje, kaszel obecnie tylko rano. Przybytek wagi 3 kg.

VIII. J. L., *Induratio apic. dextr.* 2 lata temu przez kilka miesięcy w sanatorjum, obecnie skargi na kaszel z plwocina i wzrastające osłabienie. *Calcitrin.* Czas obserwacji 10. IV.—7. VI. 1927. Apetyt wyśmienty, nie kaszle, nie pluje. Sił więcej, przybytek wagi 3½ kg.

IX. G. K., 32 lata. *Induratio apic. utriusque. Calcitrin.* Czas obserwacji 20. IV.—7. VI. 1927. Stan bezgorączkowy, sił znacznie więcej, nie kaszle, nie pluje. Przybytek wagi 2 kg.

X. J. L. *Apicitis bilater.* Stan bezgorączkowy prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. Czas obserwacji od 28. III. do 6. VI. 1927. Obecnie stan dobry, apetyt wyśmienity, kaszel ustaje, nie pluje, przybytek wagi 2½ kg.

XI. P. F., lat 27. *Tuberculosis pulmonum incipiens manifesta.* Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. Czas obserwacji 1. III.—7. VI. 1927. Przybytek wagi 2 kg, apetyt wyśmienity, nie pluje, sił znacznie więcej, prawie nie kaszle.

XII. L. P., lat 21. *Tuberculosis apicis dextri. Lymphadenitis glandul. peribronch. (Roentgen).* Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. *Calcitrin.* Czas obserwacji od 9. III.—7. VI. 1927. Przybytek wagi 2 kg., odpluwa mniej, apetyt lepszy, sił więcej, czuje się doskonale; w prawym szczycie nieliczne rzężenia.

XIII. Jan S., lat 30. *Lupus vulgaris. Indurato apic. utriusque* (Roentgen). Szczyty zawoalowane, podczas kaszlu wyjaśniają się słabo, szczególniej lewy. Prątków Kocha w plwocinie nie znaleziono. Czas obserwacji od 28. IV.—7. VI. 1927. Stan obecny: przybytek wagi 3 kg, apetyt lepszy, plwociny mniej, kaszel mniejszy. Nie gorączkował i nie gorączkuje.

Piśmiennictwo:

Dzieła zbiorowe: Funk: Die Vitamine. 1922. — Berg: Die Vitamine. Jasiński: Ped. Polsk. T. III. Zesz. 1. str. 83. — M. Eiger: Lek· Wojsk: Nr. 47—50. z 4. 11. XII. 1920, str. 14. — E. Lelesz: O działaniu dopełniających czynników odżywczych (witamin). 1926. — Artykuły: Higier: Lekarz wojsk. 43—46. 1920. — Chełmoński: Gaz. lek. 1918, 16. — Bloch. Monatschr. fur Kinderheilkunde. Tom. 25. 1923. — Poulsson: Presse Medic. Nr. 14. 1924, Str. 145. — Mac-Leod i Sherman: cyt. wedł. Poulssona, l. c. — Sterling Sew.: P. Gaz. Lek. Nr. 11. 1925. „Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych". — Werner: Now. Lek. Nr. 8. 1927. — Oszacki: Ginekologia polska. 1927. Styczeń-Marzec. Dyskusja nad refer. prof. Rosnera: „O niepowściągliwych wymiotach u ciężarnych" w Krak. T-wie Ginekolog. — Lumière: Pres. Méd. 8. V. 1920. — Collazo I. A: I. Blood Sugar. Biochem. Zeitschr. 1922. — Desgrez, Bierry i Rathery (201): Bull. de l'Academ. de Méd. 88/1922. — Leszczyński: P. Gaz. Lek. 48/1926. — Reyher: Arch. für Kinderheilkunde T. 76. — Kramsztyk: Now. Lek. 15—16. 1926. — Stroganow: Cyt. według Smolagi. — Smolaga: Now. Lek. 9—10. 1927. W sprawie leczenia rzucawki porodowej. — Higier: l. c. — Meyer i Nassau: Monatschr. für Kinderheilk. T. 29. 1925. i Klin. Woch. Nr. 47. 1924. — Frank: Klin. Woch. Nr. 25: 1925: — Reyher: l. c. — Abels: Monatschr. für Kinderheilkunde T. 29. 1925. i Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 26. 1924. — Koch, Aschoff, Salle, Rosenberger, Dubrow, Hiss: cyt. według Z. Bohdanowicz. P. Gaz. Lek. 24. 1926. — Ławrynowicz i Bohdanowicz: Williams i Forsyth, cyt. wedł. Z. Bohdanowicz, l. c. — Kramsztyk: Warsz. Czas. Lek. Nr. 8/1926. — Schlossman: Klin. Woch. Nr. 26. 1925: — Rosner: Ginekologja 1923. str. 183.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Upośledzenie nauczania anatomji i fizjologji ciała ludzkiego i higjeny w szkołach średnich w Polsce.

Jest rzeczą istotnie dziwną i niezrozumiałą, że przy tak obecnie wyczerpującem omawianiu w prasie codziennej i zawodowej, ciągle zmieniających się programów nauczania, tak mało uwagi poświęca się sprawie programu nauczania w szkołach średnich anatomji i fizjologji ciała ludzkiego, oraz higjeny. Śmiało rzecby można, że ta sprawa wcale nie była poruszana. Jest to dziwne, choćby dlatego, że w sprawie wychowania fizycznego w szkołach, pomimo wielu przeciwieństw i przeciwników, posunęliśmy się w ostatnich czasach o wielki krok naprzód i pod wpływem kulturalnego Zachodu już wiele u nas pod tym względem zrobiono. Niestety co do higjeny osobistej, społecznej, zawodowej i szkolnej jesteśmy jeszcze bardzo daleko poza narodami zachodnio-europejskiemi. Przyczyną tego jest zupełne zaniedbanie nauczania higjeny i przedmiotów pomocniczych t. j. anatomji i fizjologji człowieka w wychowaniu młodzieży. Zasady zdrowotności można bowiem wpajać z dobrym wynikiem tylko i jedynie w umysły młodzieży i dzieci. Pracować w tym kierunku nad starszem pokoleniem — to syzyfowa praca. Nikt nie potrafi przekonać długoletniego palacza tytoniu, że nikotyna to trucizna, nikt nie odzwyczaji nałogowego alkoholika od alkoholu, nikt nie wytłumaczy starszemu osobnikowi, obywającemu się bez mydła i wody, że mycie się i kąpiel, czystość wogóle, jest zasadniczym warunkiem zdrowia.

Tymczasem popatrzmy, jak przygotowuje szkoła swych wychowanków do fizycznej walki o byt, jak uczy się dziecko w szkole chronić i szanować ten największy nasz osobisty i ogólno narodowy skarb, jakiem jest zdrowie fizyczne osobnika i całego narodu?

W szkole powszechnej zupełnie niema wytkniętego planu w tym kierunku. Trudno nawet znaleźć w czytankach, jakiegokolwiek ustępu, odnoszącego się do omawianego tematu. Sprawa nauczania w szkołach powszechnych elementarnych zasad higjeny, zależy w zupełności od dobrej woli i zrozumienia jej przez nauczyciela. Zato uczą się dzieci nasze dowoli „estetyki" w postaci naśladowanych z zagranicy slöjdów, wycinanek, wyklejanek itp., na co traci się bardzo wiele godzin nauki i marnuje się całe libry papieru.

W szkołach średnich nie o wiele lepiej ta sprawa się przedstawia. W gimnazjach jakiegokolwiek typu, tak męskich, jak i żeńskich, uwzględnia się przy nauce historji naturalnej ogólnikowo i pobieżnie budowę ciała ludzkiego i czynności narządów. W podręcznikach jest tylko jeden, krótki rozdział o tym przedmiocie, daleko więcej tam zajmuje miejsca nauka o budowie ciała i życiu owadów, płazów i mięczaków. Natomiast o zasadach zdrowotności, o bakterjologji i chorobach zakaźnych, o higjenie zawodowej i społecznej, o ratownictwie, w całym programie ośmioletniego nauczania w gimnazjum niema wogóle wzmianki. I po ośmiu latach nauki w gimnazjum, a po 12 latach nauki wogóle, wychodzi młoda panienka lub młody człowiek, uznany urzędowo za dojrzałego umysłowo, w świat, nie wiedząc zupełnie, jak ma żyć i postępować, aby to największe dobro, ten największy skarb, jakim jest zdrowie, zachować dla siebie i swego narodu w stanie nienaruszonym, w stanie jak najlepszym, aby nie ulec zgubnym nałogom, z których trudno się oswobodzić, aby utrzymać piękność, siłę, szczęście jak najdłużej.

Seminarja nauczycielskie były dotychczas w Polsce jedynemi szkołami, w których programie nauczania uwzględniano, obok nauki anatomji, także nauczanie higjeny. Materjał podzielony był w ten sposób, że na III roku była przepisana nauka o budowie ciała ludzkiego, o czynnościach fizjologicznych narządów i o higjenie osobistej, na V zaś kursie nauka o higjenie ogólnej, szkolnej i społecznej, oraz wiadomości z dziedziny bakterjologji, walki z chorobami zakaźnemi i ratownictwa. Na obu kursach przeznaczone było na to po 2 godz. tygodniowo w półroczu zimowem i letniem. Przedmiot ten, aczkolwiek zwykle spychany na plan ostatni, niewymagany przy egzaminie dojrzałości, nieuwzględniany w wypracowaniach piśmiennych, budzi jednak zawsze wielkie zainteresowanie wśród młodzieży i przy wyżej wspomnianej ilości godzin nauczania, pozostawiał po sobie jakiś ślad, przynajmniej jakieś wspomnienie w umysłach młodzieży seminarjalnej, opuszczającej mury szkolne i mającej za zadanie wychowywać młode pokolenia.

Jednakowoż z żalem stwierdzić musimy, że tak szczupłe uwzględnienie anatomji i higjeny w seminarjach nauczycielskich zostało obcięte w ostatnich czasach jeszcze o połowę. Rozporządzeniem bowiem Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publ. z dnia 12 września 1926 Nr. I. — 13661/26 — zredukowano ilość godzin anatomji na III kursie w letniem półroczu na 1 godz. tygodniowo, a nauczanie higjeny na V kursie w obu półroczach na 1 godz. tygodniowo.

W ten sposób, zamiast posunąć się naprzód, zrobiliśmy ogromny krok wstecz. Naturalnie, że wskutek tej redukcji niema mowy o wyczerpaniu materjału naukowego z anatomji i higjeny, wiele z tych godzin przepadnie wskutek świąt. Te godziny znikną, wobec całej masy innych, i nauczanie higjeny w seminarjum spadnie do zera. Na Zachodzie uświadamianie higjeniczne postępuje ciągle naprzód i staje się koniecznością życia tamtejszych społe-

czeństw. U nas, gdzie większa część ludności żyje w wprost zastraszających stosunkach zdrowotnych, gdzie prawie nie wygasają epidemje groźnych chorób zakaźnych, gdzie gruźlica szerzy się straszliwie, a z roku na rok spada gwałtownie zdolność mieszkańców do pracy i wzmaga się śmiertelność i grozi zwyrodnienie fizyczne całego narodu — w szkołach wychowujących przyszłych nauczycieli i nauczycielki redukuje się nauczanie higjeny.

Nie chcemy bynajmniej ujmować znaczenia i wartości całej masy innych nauk i wiadomości, wykładanych w seminarjach nauczycielskich. Niewątpliwie jest rzeczą bardzo pożyteczną, jeśli nauczyciel lub nauczycielka zna dokładnie geografję Afryki środkowej lub umie napamięć wzory trygonometryczne, lecz bądźmy szczerzy! Wiemy doskonale wszyscy, że połowa tego balastu umysłowego wietrzeje z głowy w miesiąc po maturze i to bez wielkiej szkody. Dwóch tylko rzeczy mamy prawo zawsze żądać od nauczyciela, lub nauczycielki, dwóch rzeczy zapomnieć im nie wolno, a mianowicie: elementarnych zasad pedagogiki i higjeny.

Przy naszych okropnych stosunkach zdrowotnych, wśród których żyje przeważna część ludności Polski — ze szkoły musi promieniować nauka i żywy przykład higjeny między szerokie, najszersze warstwy społeczeństwa. Nauczyciele winni być pionierami zasad higjeny wśród młodego pokolenia, a równocześnie zwalczać przesądy, uprzedzenia i szalone zacofanie pod względem zdrowotnym, wśród starszego społeczeństwa. Nauczyciel lub nauczycielka na wsi, wszakże są częstokroć jedynemi wykształconemi osobnikami w promieniu wielu kilometrów. Oni powinni propagować zapobieganie i walkę z chorobami zakaźnemi, z gruźlicą. Oni częstokroć, gdy pomoc lekarska daleko, muszą sobie dawać radę w ratowaniu życia ludzkiego w nieszczęśliwych wypadkach. Szkoła musi przez kształcenie zmysłu porządku i czystości u dzieci szkolnych, stworzyć także podstawę dla higjeny ludu i dźwigać cały naród z tego okropnego stanu śmiertelności, chorób, niechlujstwa i zaniedbania, w jakim dotąd się znajdujemy. Jak lekkomyślnie zapominamy o wspaniałej spuściźnie pierwszego higjenisty szkolnego w Polsce, Ks. Grzegorza Piramowicza, który w książce swej, wydanej w 1787 r. w Warszawie p. t.: „Powinności nauczyciela" pisał: „Gdy młodzi oddani będą dozorowi nauczyciela, którym on co do przyrodzonego wychowania z nimi się obejdzie, uczyni ich ludźmi zdrowymi i silnymi, albo chorowitymi".

„Nigdy tyle nie dokażą wszystkie leki, ile samo dobre obchodzenie się co do pokarmu, odzienia, powietrza, pracy i spoczynku, co do umysłu i obyczajów".

Jak daleko odbiegliśmy od tych wskazań znakomitego współpracownika Świetnej „Komisji Edukacyjnej", wypowiedzianych przed 140 laty.

Lepiej zaprawdę postąpić radykalnie i znieść wogóle nauczanie higjeny w seminarjach nauczycielskich. Niech Polska będzie jedynym krajem, gdzie nauczania higjeny w programach szkolnych nie uwzględnia się wcale. Będzie to tembardziej wskazane, że programy szkolne prawie na każdym kroku sprzeciwiają się zasadom higjeny, zmuszając młodzież do siedzenia przeciętnie po 7—8 godzin dziennie w szkole, nie licząc pracy naukowej w domu i to w czasie, kiedy wydaje się ustawy, ustanawiające kary za przekroczenie 8-mio godzinnego dnia pracy. Równocześnie ustawa z dnia 2 lipca 1924 reguluje dokładnie i szczegółowo pracę młodocianych i kobiet (Dziennik Ustaw Nr. 65 poz. 636 rok 1924). Czytamy tam, że odpoczynek nocny pracującej kobiety i pracujących dzieci powinien wynosić *co najmniej* 11 godzin bez przerwy na dobę. Przedsiębiorca zatrudniający ponad 5 kobiet, obowiązany jest urządzić dla nich osobne ustępy, ubieralnie i umywalnie, zatrudniający ponad 100 kobiet obowiązany jest najdalej do dnia 1. IV. 1925 — urządzić i stale utrzymywać dla nich urządzenia kąpielowe. — Prawda, jakie piękne ustawy? Ale one, niestety, nieodnoszą się do szkoły, żyjemy bowiem w czasach, gdy praca umysłowa nie jest uważaną za żadną pracę, nawet przez tych, którzy umysłowo pracują, a nasza młodzież szkolna niema tak potężnych i oddanych sprawie opiekunów, jak sfery pracujące fizycznie

Przemyśl. *Dr. Władysław Hibl*, lekarz szkolny.

OCENY.

Prof. W. Bechterew: *Refleksologja kolektywna*. Leningrad. Wydawnictwo „Kołos". str. 432.

Różnorodne przejawy życia naszego, jak wrażenia, uczucia, wola, wyobrażenia, rozsądek, myślenie i t. d., a więc to wszystko, co składało się w swoim czasie od szeregu wieków na pojęcie duszy (kierunek animistyczny) w mniemaniu szkoły filozoficznej, uchodzi obecnie w świetle poglądów materjalistycznych nie za coś istniejącego wyłącznie dla siebie, lecz za coś ściśle związanego z określonym podmiotem czyli podłożem a mianowicie z układem nerwowym w okresie pewnego jego zróżnicowania, który znowu znajduje się w związku z większą lub mniejszą objętością pierwocin „psychicznych". Wobec tego, że życie jest nader wielokształtne i urozmaicone, nic dziwnego, że i przejawy jego przedstawiają się w postaci odruchu — zwykłego, złożonego, bezwarunkowego, warunkowego, skojarzonego i innych rodzajów. Życie nasze jest jeno bezustannym odruchem pewnego większego lub mniejszego stopnia nasilenia i różnicowania. Nasze postępowanie i czyny bez względu na odcienie — są niewątpliwie odruchem, w ramy którego w mniejszym lub większym stopniu rozszerzone daje się pomieścić wszystko, począwszy od zwykłego najprostszego przejawu aż do faktu niezmiernie złożonego o nader ważnem znaczeniu, wywierającym wpływ i rolę decydującą w układzie społecznym.

O ile obecnie daje się zastosować do różnorodnych przejawów jednostki poszczególnej metoda przedmiotowego i podmiotowego badania, to w odniesieniu do przejawów zbiorowej jednostki staje się przydatna li tylko metoda pierwsza. Dotychczas socjologja i przedstawiciele innych nauk humanistycznych opierali się w wywodach swoich na badaniach podmiotowych bądź często nawet na pojęciach metafizycznych. Wspominali oni często o uczuciach kolektywnych, o wyrazie, rozsądku i woli zbiorowej. W istocie jednak ograniczali się oni do uogólnienia podmiotowego stanu jaźni, która w żaden sposób nie mogła być przeniesiona na tłum lub zbiorowe społeczeństwo. Wiadomem jest, że socjologja opiera się przeważnie na 2-ch naukach: biologji i psychologji. O ile pierwsza nauka stwarza poważną podporę przedmiotową, o tyle psychologja, jako nauka podmiotu, wprowadza doń pierwociny dość chwiejnie. Aby usunąć tę problematyczną niepewność Bechterew podsuwa miast psychologji podstawy nowozałożonej przez niego nauki refleksologji. A zwłaszcza wszędzie tam, gdzie chodzi o wszechstronne poznanie osobowości ludzkiej, w szczególności jednostek poszczególnych, wchodzących w skład zbiorowego ogółu, znajduje ona największe uzasadnienie.

W przejawach życia społecznego, jak autor wykazuje, spotykamy się w rzeczywistości z takiemi samemi odruchami, które nabierają rzecz jasna charakteru ruchów społecznych. Rozwój ich i przebieg utożsamia się z refleksem spostrzeganym w życiu jednostki, ponieważ ogół składa się przecież z jednostek w ilości zbiorowej. Z tego też względu prawa kierujące przejawami czynności ogółu są identyczne z prawami, rządzącemi czynnościami poszczególnej jednostki. Wychodząc z podobnego założenia autor kreśli zasady refleksologji zbiorowej, traktując bardzo obszernie rozwój ruchów społecznych według typu odruchów kojarzeniowych. W drugiej części swego dzieła nie ogranicza się on wyłącznie do opisu spostrzeganych zjawisk, ale wprowadza nadto wyjaśnienia i wnioski, od czego one zależą i w jakich warunkach mogą się rozwijać. Roztrząsa on ten temat w następującym porządku: prawo zachowania energji, prawo proporcjonalnego ustosunkowania chyżości ruchu do poruszającej siły, prawo ciążenia, prawo odpychania, prawo podobieństwa, prawo zmienności bieżącej bądź rytmu, prawo inercji, prawo promieniowania energji bądź entropji, prawo względności, ewolucji, różnicowania, historycznej kolejności, ekonomji, przystosowania się i t. d..

Ogrom myśli, ujętej w zupełnie oryginalny sposób, wyłuszcza nowy pogląd, wyjaśniający poznanie społecznych ruchów tłumu w świetle nauki o odruchach, którą to naukę autor tej niezmiernie ciekawej książki poniekąd nawet sam stworzył, a następnie rozwinął.

Pomimo podeszłego wieku prof. Bechterew nieprzerwanie poświęca się pracy twórczej, nie ustając w locie literacko-pedagogicznym, cowięcej stwarza nawet zupełnie nowe placówki działalności naukowej, nie mającej dotychczas podobnych wzorów nawet na zachodzie.

W. Janusz (Kulparków).

Prof. M. Minkowski: *Współczesny stan nauki o odruchach* (L'état actuel de l'etud des réflexes). Tłumaczył z niemieckiego D. z H. Ey. Paryż Nakładem Masson et Cie r. 1927.

Autor omawianej książki — zasłużony nasz rodak, znany w piśmiennictwie naszem z licznych prac ogłaszanych po polsku, wydaje nową rzecz, świeżo tłumaczoną na język francuski. Traktuje on naukę o odruchach w świetle obecnego jej stanu. Dzięki pedagogicznym zaletom autora potrafił on ująć w krótkim zarysie w sposób nader dostępny zawiłe fakty fizjologiczne oraz wykazać wartość praktyczną znajomości tychże dla lekarza. Minkowski kładzie najsilniejszy nacisk w pracy swojej na czynnik rozwojowy w procesie powstawania odruchów. Badania rozwojowe filo- i ontogenetyczne, które autor osobiście przepro-

wadzał, wykazują, że odruchy wogóle zawierają nawet po zupełnem swem wykształceniu podstawowe cechy tego rozwoju tak w samej organizacji jakoteż w ustosunkowaniu się poszczególnych składników. Książka omawiana zasługuje niewątpliwie na bliższe zainteresowanie się czytającego ogółu.

W. Janusz (Kulparków).

Prof. W. Bechterew: *Szlaki przewodzące rdzenia oraz mózgu czaszkowego.* Państwowe wydanie r. 1926. Leningrad. Cena 5 rubli 50 kop. str. 496.

Omawiane dzieło, które znane jest na Zachodzie w luksusowem tłumaczeniu niemieckiem, ukazuje się obecnie w Rosji już w 3-ciem nowem wydaniu. Wciąż postępujący rozwój szczegółowej anatomji układu nerwowego wysunął konieczność uzupełnienia i wzbogacenia dawnego wydawnictwa nowszemi zdobyczami, a nadto autor dodał wiele nowych rycin, jasno odzwierciedlających zawiłe ustosunkowania istoty białej mózgu względem szarej. Dodatnią stroną nowego wydania jest oprócz tego dołączenie na końcu książki precyzyjnego atlasu przekroju mózgu i rdzenia w najrozmaitszych płaszczyznach, które to preparaty dokonane zostały przez asystentów prof. Becht. w Państwowym Instytucie Badania Mózgu. Nowe wydanie monumentalnego dzieła przyczyniać się będzie nadal do rzetelnego poznania trudnego działu anatomji, a w jego książce znajdą wiernego i ścisłego doradcę nie tylko neuropatolodzy, ale i ci wszyscy, którzy pracują naukowo wogóle nad rozwojem i fizjologją układu nerwowego.

W. Janusz (Kulparków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dermatologiczny, rok XXII, Nr. 3, z r. 1927: Ś. p. Dr. Jan Papée. Wspomnienie pośmiertne. — E. Sonnenberg: O zastrzykiwaniu azotanu bizmutu jako koncepcji profilaktycznej. J. Lenartowicz: Octan talowy jako środek epilacyjny. — E. Brunner i K. Winnicka: O zmianach stawowych i kostnych w przebiegu łuszczycy. — Fr. Walter: Współleczenie zimnicą kiły wczesnej. — S. Neumark i L. Czaczkowska: O zachowaniu się cukru we krwi w schorzeniach skóry. — M. Mienicki: Diatermo-koagulacja w dermatologji. — A. Straszyński i G. Nowicki: Dalsze spostrzeżenia działania śródmięśniowego wstrzykiwań roztworu ichtjolu w powikłaniach tryprowych, oraz innych schorzeniach dróg moczowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, Nr. 36, z 4 września 1927: Oznaczanie wartości nalewki naparstnicowej i konwaljowej. Nowa farmakopea holenderska. — Z praktyki zawodowej. — Międzynarodowy Związek farmaceutyczny. — Rozporządzenia i okólniki władz.

Dziecko i matka, rok II, Nr. 16 z r. 1927: W. B.: Sąd. — G. Kozakowska: Radość życia a wychowanie. — J. Ch....a: Pielęgnowanie niemowlęcia. M. Biehler: Higjena jamy ustnej i zębów. — H. K.: O gorączce u dzieci. — Odpowiedzi redakcji na listy rodziców.

Nowiny społeczno-lekarskie, rocznik I, zeszyt 11 z 1 września 1927: A. Karwowski: Jak powstał Związek lekarzy P. P. D. Hellin: Uwagi do artykułu Dr. Wieckiego w Nr. 7-8 „Nowin sp. lek. p. t.: „Rzut oka na gospodarkę Kasy chorych".

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Casop. lék. cesk.

L. 25, 26, 27. 1927.

Prof. Dr. Boh. Brusik i Dr. F. Herles (II Klin. wewn. prof. Pelnara w Pradze): *Sztuczny babel solny i pituitrynowy. Ich znaczenie dla zaburzeń krwiobiegu.* Autorowie przeprowadzili badania wstrzykując roztwór soli i pituitrynę wedle techniki Mc Clurea i Aldricha, i dochodzą do następujących wyników:

1. Normalny czas trwania resorpcji bąbla solnego wynosi 60—90 minut, pituitrynynowego 80—110 minut.

2) Dłuższy czas trwania resorpcji babla pituitrynowego zależy od zwężenia naczyń włosowatych pod wpływem pituitryny oraz od domieszki histaminy zawartej w preparatach handlowych pituitryny a mającej działanie limfagogiczne.

3. Czas trwania resorpcji bąbla pituitrynowego jest o tyle dłuższy, o ile koncentracja pituitryny jest większa. Ilość użytej pituitryny dla stworzenia bąbla nie ma wpływu na czas trwania resorpcji.

4. Najszybsza resorpcja — przed 30 minutami — bąbla solnego została stwierdzona:

a) w obrzękach sercowych i nerkowych,

b) w nefrozach, przy których nie było obrzęku,

c) w ciężkich chorobach infekcyjnych bez obrzęków,

d) w gruźlicy z wielką gorączką.

5) Przyspieszona resorpcja — przed 50 minutami — była stwierdzona:

przy nephritis, rekonwalescencji po zapaleniu płuc, durze, gruźlicy przebiegającej chronicznie (bez nephrozy) przerzutowym raku wątroby, carcinosis peritonei i zdekompensowanych wadach mitralnych.

6. Szybka resorpcja bąbla solnego w chorobach infekcyjnych jest oznaką złego rokowania.

7. Skrócenie czasu resorpcji na dolnych kończynach przy symetrycznem wstrzykiwaniu roztworu soli na obu kończynach dolnych od palca wielkiego w górę — jest wyrazem zaburzenia obiegu krwi najczęściej na tle endarteritis (należy jednak przy tem wykluczyć wszelkie inne momenty skracające resorbcje).

8. Skrócenie czasu resorpcji bąbla solnego w stanach obrzękowych lub praeoedematycznych zależy prawdopodobnie od rozszerzenia przestrzeni tkankowych wskutek stagnacji płynu.

9. Przy endarteritis dolnych kończyn, gdzie wypełnienie naczyń odprowadzających płyn jest zbyt małe w stosunku do ich normalnej pojemności, nastaje skrócenie resorpcji prawdopodobnie na skutek łatwiejszego odpływu płynu do nawpół próżnych naczyń.

Prakt. lek.

r. VII, l. 7. 1927.

Dr. Jan Cervenka: *O praktycznem i teoretycznem znaczeniu karamelów i anhydridów cukrowych w leczeniu diabetes mellitus.* Doświadczenia praktyczne wykazują, że cukrowe anhydridy mają w leczeniu cukrzycy wielkie znaczenie, ponieważ w niektórych przypadkach zwł. ciężkiej cukrzycy można przy ich pomocy ograniczyć zwiększającą się potrzebę insuliny. Myśl użycia karamelu w terapji cukrzycy pochodzi stąd, że organizm diabetyczny potrafi zużyć cukier, o ile on będzie w postaci łatwiej dającej się spalić. Jakkolwiek wszyscy uczeni są ze stanowiska terapeutycznego zgodni co do dodatniego wpływu karamelu na diabetes, mechanizm działania jego na cukromocz, kwasicę i przemianę białkową nie jest dotąd jasny. Wie się jedynie, że ani fermenty przewodu pokarmowego, ani pewne bakterje jelitowe nie potrafią rozszczepić go *in vitro.* Chemiczną strukturę karamelu badał pierwszy Gélis i on też rozróżnia 3 ciała:

1. Caramelan: 6 $C_{12}H_{22}O_{11}$ — 12 H_2O
2. Caramelen: 6 $C_{12}H_{22}O_{11}$ — 18 H_2O
3. Caramelin: 6 $C_{12}H_{22}O_{11}$ — 27 H_2O

Te trzy ciała nazwał glukosanami. W ostatnich czasach Pietet i Castan uzyskali ogrzewaniem cukru gronowego przy ciepłocie 150° i przy ciśnieniu 15—20 m/m Hg ciało o 1 drobinę uboższe we wodę, niż glukoza i nazwali je „α glukosan". Ciało to jest prawoskrętne, nie fermentujące ale redukujące roztwór Fehlinga, we wodzie rozpuszcza się łatwo. Później Piccet i Sarrasin uzyskali ogrzewaniem cellulozy i skrobji przy ciepłocie 200—300° i ciśnieniu 12—15 m/m Hg ciało, które nazwali laevoglukosan. Jest ono lewoskrętne, nie fermentuje i nie redukuje. — Grafe pierwszy użył je przy cukrzycy i on też sądzi, że α glukosan i laevoglukosan są przyczyną dodatniego wpływu karamelu na organizm diabetyczny. Oba te ciała trzymane przez 5 dni w termostacie nie zmieniają się, ani sok żołądkowy, ani trzustkowy, ani też kultura bact. coli nie zmieniają ich. Grafe badając przemianę karamelu w organizmie zdrowym i diabetycznym dochodzi do wniosku, że karamel zmniejsza ketonurję, zwiększa jednak glikaemię i działa dodatnio na przemianę białkową. Laevoglukosan zaś zmniejsza ketonurję *ale zmniejsza też glikaemię.* Według dalszych doświadczeń Grafego 8 g glukozy powoduje wyższą i dłużej trwającą glikaemię niż 100 g karamelu. Z tego wynika, że karamel ma też wielkie znaczenie praktyczne, mimo, iż teoretycznie istnieje jeszcze dużo kwestji spornych. Przy leczeniu cukrzycy należy zawsze zwrócić uwagę na jakość karamelu. Autor podaje przepis, jak można w domu i jak należy karamel wyrabiać, aby nastała zupełna karamelizacja. Dawkowanie karamelu: 50 g stanowi dawkę, którą dobrze znosi każdy diabetyk, u diabetyków cierpiących na zaparte stolce można podać 100—150 g, licząc się z tem, że karamel wy-

woluje biegunki. Podług doświadczeń Noordena należy karamel stosować w ciężkich przypadkach cukrzycy z wielkim cukromoczem i kwasicą, którym grozi śpiączka. U nich więc zamiast głodówek aplikuje się karamel ewent. z dodatkiem koniaku lub śliwowicy. Karamel w tych przypadkach zmniejsza kwasicę, nie zwiększa cukromoczu a daje choremu jadło. Kalorycznie bardzo cenne (1 g karamelu daje 4·4 kalorji). Podaje się go w 6 dawkach na dzień, cierpki smak jego usuwa się przy pomocy sacharyny. W lekkich przypadkach cukrzycy podaje się przez dłuższy czas po 50—75 g dziennie. Zawsze należy cukromocz kontrolować i w razie powiększania się odstawić. Głównym wszak miernikiem w stosowaniu karamelu powinien stanowić fakt jak jelito danego indywiduum znosi karamel. Istnieje preparat Mercka Caramosa, który należy używać, bo można na nim polegać, że jest wolny od glukozy.

R. VII, l. 11. 1927.

Dr. Ivan Procházka: *Nowe poglądy o istocie asthma bronchiale*. Niedawno ukazały się dwie książki omawiające problem *asthma bronchiale*. Jedną napisał van Leeuwen, który przeprowadza dowód, że choroba ta ma charakter wybitnie anafilaktyczny, a drugą Vernet, który neguje krytycznie wszystko, co dotąd uważano za podstawę anafilaksji. Anafilaksja jest zdolnością organizmu zachowaną przez dłuższy okres czasu w drodze urządzeń ochronnych w ten sposób, że na powtórne dostanie się tegoż ciała i to w ilości o wiele mniejszej organizm odpowiada zaburzeniami niepomiernie gwałtowniejszemi. Jako anafilaksję rozumieli poraz pierwszy *asthma bronchiale* Billard, Wolff-Eisner i Metzler. Przypadki, w których atak astmatyczny następował po wdechiwaniu jakiegoś ciała, mimo iż podobieństwo ich do *crise anaphylactique* było widoczne, nie były uznawane długi czas. Większość zaś przypadków astmatycznych jest ta, gdzie przyczynowego momentu nie można znaleźć. Ponieważ podług nauki o anafilaksji uczula się cały organizm, zaczęto szukać odpowiedzialnego ciała reakcją skórną podobną do tuberkulinowej. Wśród długich badań stwierdzono, że astmatycy i chorzy cierpiący na choroby pokrewne *(urticaria, eczema)* wykazują reakcję dodatnią przeciw różnym ciałom, któremi jednak nie można było wywołać napadu astmatycznego i naodwrót ciało wywołujące napad nie zawsze dawało reakcję skórną. Van Leeuven stwierdził doświadczalnie, że około 50% astmatyków pozbyło się napadów, skoro się im pozwalało oddychać powietrzem przeprowadzonem przez warstwę waty w wentylatorze, reszta zaś dopiero po oziębieniu powietrza na —10° C z następowem oczyszczeniem tegoż. Z waty użytej do filtrowania powietrza uzyskał van Leeuwen ekstrakt wodny, który działał asthmogenicznie na różnych chorych; tak więc można mówić o wieloważnym antygenie atmosferycznym. Użycie takich komór Leeuwenowskich służy celom nie tylko diagnostycznym ale i terapeutycznym. Pierwszy typ wspomnianych astmatyków wystarczy umieścić w szpitalu, by ich wyleczyć, drugi zaś pozbawia się swych napadów dopiero po przeniesieniu się w góry. Inny dowód na naturę anafilaktyczną *asthma bronchiale:* Już Richet 1902 r. twierdził, że anafilaksja daje się biernie przenieść. Spostrzeżenie takie poczynił w r. 1920 amerykanin Remirez: przy transfuzji krwi przeniesiono w sposób bierny *asthma* powodowaną prochem od koni. Jeszcze inny dowód: w r. 1914 Widal ogłosił, że stany anafilaktyczne można łatwo rozpoznać na podstawie zmian elementów krwi morfologicznych i plazmy krwi (spadek temperatury i ciśnienia krwi, zmniejszenie się czerw. ciałek i białych ciałek, relatywna limfocytoza i fizykalne zmiany plasmy krwi). Zjawisko to nazwał Widal: „shock koloidoklastyczny". Ten fakt, zbliża nas do t. zw. terapji niespecyficznej, proteinoterapji. Shock koloidoklastyczny daje się wywołać różnemi ciałami (mleko, siarka, autohaemo i autoserotherapja). Temi sposobami Leeuwen z dobrym skutkiem zwalcza shock koloidoklastyczny jakim jest napad astmatyczny. Usuwanie zatem shocku jednego (astmatycznego) drugim (n. p. autohaemoterapją). Takie zjawisko zwiemy sketophylaxją i przy jej pomocy można wrażliwość anafilaktyczną w zupełności usunąć. Z takich poglądów o *asthma* wynika nowe leczenie, które polega na:

a) usunięciu antigenu od chorego — oddalenie chorego z domu w którym te antigeny w powietrzu występują lub użycie komór van Leeuwen ew. konstrukcja filtrujących masek,

b) leki działające koloidoklastycznie (mleko, siarka, tuberkulina),

c) wzmocnienie odporności organizmu przez odpowiednie uregulowanie diety, pobyt w wysokich górach.

R. VII. l. 5. 1927.

Prof. Dr. F. Berka: *Próba krwi przy stwierdzaniu ojcowstwa*. Z biologji krwi jest wiadomo, że można na drodze serologicznej rozdzielić wszystkich ludzi na 4 grupy zależnie od zdolności aglutynacyjnej ich czerwonych ciałek krwi. Zasadniczo istnieją tylko dwie możności aglutynacyjne t. zw. agglutynogeny, które oznaczamy literą A i B. A zatem istnieją grupy ludzi następujące:

I grupa = O t. j. bez jakichkolwiek agglutynogenów,
II grupa = A t. j. z aglutynogenem A
III grupa = B t. j. z aglutynogenem B
IV grupa = AB t. j. z aglutynogenem A i B.

Znajomość tych grup potrzebną jest w chirurgji przed wykonaniem transfuzji, w medycynie sądowej w przypadkach kryminalnych dla oznaczenia, czy krew pochodzi z napadającego czy z ofiary oraz w kwestji ojcowstwa. Grupowe charaktery krwi dziedziczą się według prawideł Mendela i to w ten sposób, że skoro n. p. stwierdzamy u człowieka grupę A to możemy orzec, iż jeden przynajmniej z jego rodziców należy do tejże grupy. Praktycznie możemy następująco wnioskować:

1) Dziecko A — ani ojciec ani matka nie należą do grupy A — dziecko nie pochodzi od tych rodziców.

2) Dziecko A; matka O; — ojciec musi należeć do grupy A. Jeżeli więc matka fałszywie oznaczyła kogoś ojcem, u którego stwierdzono grupę B — matka ta kłamała, bo ze związku grup O i B nie mogło powstać dziecię A.

3) Dziecko A, matka A nie możemy orzec o ojcu, bo w tym wypadku jest możliwe, że dziecko odziedziczyło grupę A od matki.

4) Dziecko O; matka i ojciec A lub B — nie możemy orzec o ojcu, bo dziecko nie odziedziczyło po rodzicach żadnej grupy.

Grupy O i A są najczęstsze i dlatego rzadko możemy próbą tą udowodnić ojcowstwo. W każdym razie próba ta obala dotychczasowy pewnik; iż *„pater semper incertus est"*.

R. VII, l. 13. 1927.

Dr. Cyril Gála, asyst. II klin. ginek. położn. w Pradze: *Leczenie menorrhagiae pubertalis promieniami X*. Autor leczył 6 chorych, w których anamnezie były choroby infekcyjne (płonica, odra, influenza)). Miesiączki pierwsze między 12—13 rokiem życia. W 4 przypadkach miały one już od samego początku charakter hiper- lub polymenorrhoe a w 2 przypadkach nastały anomalje cyklu miesiączkowego dopiero w drugim roku po pierwszej miesiączce. Palpacją stwierdzono zwiększony jajnik po jednej stronie w 2 przypadkach, po obu stronach również w 2 przypadkach, normalny jajnik w 2 przypadkach. Macica w 5 przypadkach była mała, hipoplastyczna, w 1 przypadku nieco powiększona. Haemoglobina (Sahli) w 3 przypadkach 78, 63, 48%. Obraz krwi wykazywał raz mierną anemję posthaemorrhagiczną, w drugim przypadku cięższego stopnia, a w jednym diathesis haermorrhagica. We wszystkich przypadkach przeprowadził leczenie energją promienistą, ponieważ leczenie farmakologiczne nie dało uspokajających wyników. Leczenie to jest zresztą tylko objawowe. Opotherapja również nie daje żadnych wyników. Autor naświetlał z początku śledzionę i to w okresie krwawienia jakoteż i poza tym okresem. Później naświetlał też thymus dla uzyskania haemostazy i poprawy cyklu menstruacyjnego (podług Nürnbergera) i jakkolwiek używał dawki równie wielkiej jak Nürnberger nie mógł uzyskać tych wyników, co on. W samym końcu doszedł autor do przekonania, że należy naświetlać ten organ o wewnętrznem wydzielaniu, który w danym przypadku można uważać za morbogenetyczny. W 2 przypadkach była nim thyreoidea, w 3 jajnik, a w jednym organ niewiadomy, bo chodziło o skazę haemorrhagiczną. Przeciętna dawka wynosiła 50% KED. Tylko w rzadkich przyp. cięższej anemji można się uciec do czasowej kastracji. Leczenie energją promienistą nie jest zatem metodą wyboru, jest ono tylko ostatecznym środkiem arsenału leczniczego ze względu na ewent. szkodliwe jego działanie na potomstwo.

Dr. Gangel (Lwów).

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

1927, Nr. 6. Zagrzeb.

Dr. J. Palećek: Przyczynek do przerzutów wola. U kobiety 39-letniej struma colloides cysticum w lewym płacie, dolegliwości w barku prawym, rentgenologicznie obraz *ostitis fibrosa cystica*, przy operacji okazało się, że był to przerzut wola o budowie histologicznej, jak gniazdo pierwotne.

Dr. Srećko Hofman: O inwaginacji ileocoekalnej. Dwa przypadki rozpoznane rentgenologicznie.

Dr. G. Berlot: Mechanizm zjawisk anafilaktycznych u zwierzęcia zblokowanego.

Doc. Dr. I. Robida: Badanie sądowo-lekarskie i ocena stanu umysłowego Tomasza Mladića.

Dr. Stj. Vidaković: Niektóre wrażenia z mego pobytu w Paryżu.

Sprawozdanie z piśmiennictwa, Bibliografja słowiańska, Sprawy zawodowe, Sprawozdanie z I Wszechsłowiańskiego Zja-

zdu lekarskiego w Warszawie, Z Sowieckiej Rosji, Posiedzenia i Zjazdy, Sprawy bieżące, Kronika.

Dodatek: Bibljoteka lekarska: Dr. O. Weselko: Malarja.

1927. Nr. 7. Zagrzeb.

Dr. F. Minar: Wyniki leczenia zaburzeń troficznych sympatikotomją Leriche'a.

Dr. E. Deutsch: Zasady leczenia gruźlicy chirurgicznej na klinice prof. Lorenza.

Dr. S. Zanela: Atresia hymenalis połączona z haematokolpos, haematometra, haematosalpinx bilateralis. Leczenie operacyjne.

Dr. L. Stein: Leczenie kiły wśródżylnie mieszaniną rtęci i neosalwarsanu. Autor oświadcza się przeciw temu sposobowi.

Dr. M. Steiner: O diabetidach i ich leczeniu. Autor zaleca levurinozę (Blaes) przeciw diabetydom, t. j. osutkom towarzyszącym cukrówce.

Sprawozdania z piśmiennictwa, Oceny, Bibliografja słowiańska, Sprawy zawodowe, Medycyna społeczna. (Kiedy syfilityk może zawrzeć ślub)? Zjazdy.

1927. Nr. 8. Zagrzeb.

Dr. L. Stanojević: Znaczenie prosektorjów i pracy w nich przy naszych zakładach dla obłąkanych.

Dr. B. Kokalj: O sposobach poszukiwania prątków gruźliczych u chorych nie plujących, t. j. bez wydzieliny płucnej.

Dr. M. Kolbaś: Zagadnienie win „noah". Dwa przypadki zatrucia alkoholem metylowym przez wino „noah" (rodzaj winogradu w okręgu Virovitica).

Dr. S. Rechnitzer: Zmniejszenie bólów przez podrażnienie skóry.

Dr. I. Herrmann: Zatrucie aspiryną.

Dr. J. Kalinić: Yatren- caseina w praktyce.

Sprawozdania z piśmiennictwa, Bibliografija słowiańska, Sprawy zawodowe, Medycyna społeczna, Zjazdy (Sprawozdanie naukowe z I Wszechsłowiańskiego Zjazdu lekarzy w Warszawie), Sprawy bieżące, Kronika.

Dodatek: Dr. V. Cepulić: Gruźlica płuc.

Leszczyński.

Medicinski Pregled.

1927. Nr. 2. R. II. Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofia.

R. A. Pavlović: Subjektywizm (Podmiotowość) w lecznictwie.

B. M. Dżordżewicz: Leczenie cukrzycy syntaliną doustnie.

S. Pejić: Pochodzenie i znaczenie komórek centro-acinowych trzustki.

D. Milojević: Sympathektomja w przypadkach przewlekłych wrzodów.

W. E. Pauli: Przenikanie promieni czerwonych i pozaczerwonych.

Ž. M. Popović: Badanie krwi w kropli zgęszczonej.

Przegląd piśmiennictwa, Różne wieści.

1927. R. II. Nr. 3. Belgrad-Zagrzeb-Lublana-Sofia.

K. Markov: Zimnica w Bułgarji.

D. T. Nikolajević: Wrzody żołądka i dwunastnicy.

V. Pliverić: O zimniczych pęknięciach śledziony; leczenie przewlekłej zimnicy wycięciem śledziony.

A. Peńćev: Osteomyelitis ostra i podostra kręgów.

Dr. Milojević: Praktyczny sposób przeszczepiania skóry (Greffes Davis).

D. M. Tihomirov: Przypadek pierwotnego mięsaka jelita cienkiego z przerzutami w inne narządy.

B. Banjamin: Nystagmus unilateralis.

L. Stein: Leczenie nierzeżączkowych zapaleń cewki.

Przegląd piśmiennictwa. Różne wieści.

Leszczyński.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 26, 1927.

R a d (Nürnberg): *O objawach rdzeniowych przy gośćcu zniekształcającym kręgów.* Przedstawia 4 przypadki objawów rdzeniowych, wywołanych uciskiem ze strony zmian usztywnieniowych w stawach wśródkręgowych. Objawy te należą do rzadkości. Zwraca uwagę zwłaszcza na zaburzenia przyrody motorycznej, które w tych razach stale spotykał. Znamienną jest rzeczą brak zmian w drogach czuciowych, jakoteż i fakty objawów rdzeniowych w tych przypadkach, gdzie prześwietlenie R. kręgów nie wykazywało jeszcze dostatecznych zmian w kręgach.

G r a f e i M e y t h a l e r (Würzburg): *Cukier gronowy jako hormon wydzielania insuliny.* Prace doświadczalne na zwierzętach dowodzą, że produkcja insuliny w ustroju nie odbywa się na drodze nerwowej lecz hormonalnej. Ten bodziec stanowi cukier gronowy zawarty we krwi.

M i s l o w i t z e r (Berlin).: *Czerwień Kongo jako środek odbiałczający.* Przy pomocy 3°/₀ roztworu czerwieni Kongo udało się autorowi odbiałczyć wszelkie płyny białkowe, tak, że następowe badanie ich na białko za pomocą kw. sulfosalicylowego było całkiem ujemne.

Nr. 27.

S t a r l i n g e r i S a m e t n i k (Freiburg): *O warunkach powstawania zakrzepów spontanicznych.* Do tych warunków należy zaliczyć fakt, że w osoczu krwi zachodzi zmiana w normalnej strukturze fizykochemicznej, przez zwiększenie się ilości fibrinogenu i globuliny. Zwiększenie się tych kolloidów, opatrzonych ładunkiem elektr. słabo ujemnym, obniża elektroujemny ładunek płytek, które z tego powodu skupiają się i zlepiają. To ostatnie zachodzi jednak tylko wtedy, gdy w krążeniu wystąpi zwolnienie prądu krwi np. pod wpływem niedomogi m. sercowego.

R o t h (Luckenwald): *Rzadka przyczyna rwy kulszowej.* Przedstawia przypadek rwy kulszowej u chor. 70 l., gdzie przyczyną rwy było *angioma art. hypogastricae.* Ze względu na podeszły wiek chorego zabiegu nie wykonano. Jednakowoż znaczna poprawa wystąpiła po zastosowaniu dłuższego wypoczynku w łóżku.

O p p e n h e i m (Wiedeń): *O wewnętrznem leczeniu kiły stovarsolem (Spiroud).* Doświadczenia autora co do skuteczności stovarsolu, jako leczenia wewnętrznego wypadają zadowalająco. Autor nie ma zaufania do preparatów polskich, zachwala natomiast stovarsol niemiecki. Zwłaszcza dobre działanie stovarsolu stwierdził przy kile tęt. głównej, krtani i tchawicy, a dalej jako lek zapobiegawczy, i przy kile wrodzonej, u dzieci. Po leczeniu stovarsolem odczyn Wassermanna staje się ujemny. Dawkowanie stovarsolu u dzieci polega na stopniowaniu od 0,01—0,15 *pro die.*

Z. Tomanek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dniu 1 lutego 1927 r.

Przewodniczący prezes B. S a w i c k i.

I. Kol. M i k u ł o w s k i Włodzimierz: *Przypadek oksycefalji wraz z żółtaczką hemolityczną u 11 letn. dziewczynki* (demonstracja). Mówca przedstawia klisze roentgenologiczne, stwierdzające ścieńczenie czaszki w okolicy byłego ciemiączka wielk. i na przestrzeni kości potylic. Wyciski palczaste silnie uwydatnione. Turrycefalji towarzyszy umiarkowany wytrzeszcz gałek z hiperopją. Inteligencja zachowana. Ojciec dziecka, chory na żółtaczkę hemolityczną, wykazuje również typ głowy stożkowatej. Referent wykazuje niezależność tej anomalji od krzywicy, a korrelację z żółtaczką hemolityczną, na co wielu autorów zwracało uwagę. W piśmiennictwie polskiem jest to drugi przypadek stożkowatości głowy w przebiegu żółtaczki hemolitycznej.

II. Kol. S z p e r J.: *Przypadek słoniowatości kończyny dolnej i narządów płciowych zewnętrznych, leczony operacyjnie (sympathectomia perifemoralis, sympathectomia perihypogastrica dextra, sympathectomia periiliaca communis sinistra).* — Pokaz chorego. Na wstępie S. omawia 3 zasadnicze typy operacji, stosowanych w słoniowatości: odprowadzanie płynów zastoinowych do tkanek zdrowych 1) wyżej leżących, 2) głębiej leżących, 3) wyżej położonych oraz w głębi leżących. Dany przypadek dotyczy mężczyzny 26 l. któremu w 16 r. życia wskutek niewyjaśnionej przyczyny zropiały gruczoły pachwinowe prawostronne dolne i górne, a następnie powstała słoniowatość kończyny dolnej praw. oraz narządów płciow. zewn. W lipcu 1921 r. S. wykonał operację I-go typu (Handley) — bez wyraźnego wyniku. We wrześniu tegoż roku dokonał operacji Lanza (typ II) — wynik b. dobry, trwający ca 2 lata, poczem powrócił stan poprzedni, względnie nawet pogorszenie. W kwietniu 1924 r. — sympatektomja okołotętnicza na tętnicy udowej (w/g. Kümmela jun.). Wynik był wprost nieoczekiwany — chora kończyna poprostu stopniała w ciągu 8 pierwszych dni po operacji. W stosunku do narządów płciowych S. wykonał

w lutym 1925 r. sympatektomję okołotętniczą z wynikiem znakomitym, co potwierdziły przedstawione fotografje.

III. Kol. K. Gerner: *Przyczynek do patogenezy choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy* (z pokazem przypadku). G. przedstawia przypadek wrzodu jelita czczego, jaki powstał w 2 mies. po resekcji odźwiernika i zespoleniu wg. Raychel-Polya. Operację wykonano z powodu wrzodu dwunastnicy. Mówca jest zdania, że w danym przypadku mamy do czynienia z niezwykłą skłonnością do wytwarzania wrzodów. Po omówieniu czynników miejscowych i ogólnoustrojowych, wchodzących w grę w chorobie wrzodowej, mówca podaje ostateczne wnioski: 1) w patogenezie wrzodu zasadniczą rolę grają czynniki nie miejscowe, lecz ogólnoustrojowe, 2) zabiegi operacyjne w pewnych przypadkach są bezsilne, 3) leczeniem przyszłości jest wzmaganie w ustroju czynników gojących.

W dyskusji Kol. Gluziński omawia szereg podstaw, na jakich mogą się tworzyć wrzody żołądka. Pewne konstytucjonalne objawy pozwalają niekiedy z góry przypuścić skłonność w tym kierunku (t. zw. Status Stillerowski).

2) Kol. Zaorski podkreśla doniosłość dokładnego i precyzyjnego badania rentegenem w związku z rozpoznaniem wrzodu żołądka. Mówca jest pod wrażeniem tego, co widział w klinice chirurgicznej w Gracu, gdzie dokładność i pewność badań promieniami X ma być posunięta do ostatecznej doskonałości. Z. jest gorącym zwolennikiem operacji, polegającej na usunięciu odźwiernika, *antrum p.* i zespoleniu kikuta żołądka wprost z dwunastnicą. Ten sposób operacji zapobiega stanowczo według Z. występowaniu owrzodzeń jelita. W dalszej *dyskusji* zabierali głos: Kol. B. Sawicki i Kol. prelegent.

Antoni Kaczyński, zastępca sekretarza dorocznego.

Posiedzenie kliniczne w dniu 15 lutego 1927 r.

Przewodniczący prezes prof. Sawicki.

I. Kol. Cygielstrejch: *Przypadek zgorzeli obydwóch dolnych płatów płuc, leczony pomyślnie wstrzykiwaniami neosalwarsanu.* C. pokazał chorego, któremu podano 3,9 g neosalwarsanu w 14 wstrzyknięciach z powodu zgorzeli płuc. Poprawa zaznaczyła się szybko i wyraźnie gdyż ciepłota wróciła do normy, ilość plwociny zmniejszyła się, znikł odór, objawy w płucach uległy znacznej poprawie.

II. Kol. K. Dębicki: *Przypadek samoistnej zgorzeli kończyn u mężczyzny 27-letniego.* D. przedstawił chorego, któremu przed 4 laty odjęto kończynę z powodu zgorzeli i u którego zgorzel obecnie zajęła kończynę prawą górną. W wywiadach tylko zimnica. Rozpoznano — zaczopowanie naczyń tętniczych na nieznanem tle. Leczenie konserwatywne. Zgorzel dotyczy palców. Sprawa posuwa się dalej. Rentgenogramy wykazują odwapnienie kości palców i śródręcza. Dla objaśnienia rentgenogramów D. przypuszcza istnienie nadkwasicy, spowodowanej niedostatecznem odżywianiem.

W dyskusji: Kol. Szper J. nie przewiduje dobrych wyników po sympatektomji w danym przypadku. Mówca raczej radziłby usunąć jedno nadnercze (Oppel) na zasadzie podejrzenia hiperadrenalinemji.

Kol. Modrakowski wyjaśnia, że wykryć hiperadrenalinemję jest łatwo.

Kol. Higier H. skłania się do wykonania sympatektomji na chorej kończynie. Mówca podkreśla, że pierwszym, który opisał tę metodę był on (kol. Higier). Przed 20 laty mówca podał zasady metody oraz jej dzisiejszą nazwę.

III. Kol. Wierzuchowski: *Studja nad weglowodanową przemianą materji* w obszernym referacie omówił: 1) przepuszczalność nerek dla cukru gronowego podczas wstrząsu insulinowego, 2) poddał analizie przemianę materji glukozy i fruktozy, 3) wpływ insuliny na oba te cukry, podane dożylnie. Z badań W. wynika, że insulina nie działa na lewulozę. Wreszcie 4) zanalizował przetwarzanie wodanów węgla w tłuszcze. Autor zanotował najwyższe działanie swoiste dynamiczne wodanów węgla i najwyższe ilorazy oddechowe, jakie kiedykolwiek otrzymano.

Klemens Gerner, sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego w dniu 9 lutego 1927 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Latkowski.

Obecnych 30 członków.

Prezes Prof. Latkowski daje krótkie wyjaśnienie w sprawie pojawienia się włośnicy w Krakowie, zakażenie dotyczy tylko jednej rodziny; epidemja jest ciężka. Przez miesiąc spożywano mięso wieprzowe, a potem dopiero wystąpiły objawy zakażenia. Prezes Prof. Latkowski podaje do wiadomości uchwałę Wydziału dokonania wyboru na członków honorowych Towarzystwa Kol. Prof. Majewskiego i Kol. Doc. Seńkowskiego.

Kol. Schwarzbart przedstawia chorego ze zmianami w jamie ustnej i w gardle, które pojawiły się wśród lekkiego wzniesienia ciepłoty do 37'3°, a w 6-tym dniu choroby przedstawiały się jako *exanthema* na podniebieniu twardem po stronie prawej: *exanthema* to składa się z szeregu wykwitów ciemno-czerwonych pokrytych plamkami blado-żółtawemi i wybroczynkami; dalsze zmiany znajdują się na obu łukach i przechodzą na migdałek. Badanie bakterjologiczne wykazało: *leptotrix buccalis,* dwoinki gramdodatnie, typu paciorkowców, ponadto bakterje o typie *bact. fusiforme* Vincenti.

Leczenie: pyoktanina 2 razy dziennie i światło błękitne (Sollux) znaczna poprawa.

W dyskusji zabiera głos Kol. Hirsch.

Kol. Markowa demonstruje preparat z ciąży pozamacicznej, operowanej w Państw. Szkole Położnych dnia 20. I. 1927 r. W danym przypadku idzie o okoliczności, które towarzyszyły tej ciąży pozamacicznej, jak również o rodzaj preparatu. Ta pacjentka była już raz przez kol. Markową operowaną 1. I. 1925 r. tak samo z powodu ciąży pozamacicznej. Siedzibą ciąży była wtedy trąbka prawa. Przy zabiegu pozostawiono wtedy prawy jajnik i niezmienione lewe przydatki. W ciągu następnych 2 lat, pacjentka nie mogąc zajść w ciążę wielokrotnie zwracała się o poradę w tym kierunku, aż nareszcie mówczyni postanowiła poddać przedmuchiwaniu pozostałą lewą trąbkę. 9. XI. u. r. zgłosiła się pacjentka w tym celu na oddział oświadczając równocześnie, że ostatni perjod miała 1. X. Badaniem ginekologicznem nie stwierdzono nic szczególnego. Następnego dnia wystąpił obfitszy podobno niż zawsze perjod bez bolów, który trwał 4 dni. Przeczekano następne 4 dni po ukończeniu perjodu i wykonano z wynikiem dodatnim persuflację trąbki. W połowie stycznia zgłosiła się pacjentka na oddział z powodu krwawień i bolów połączonych z wymiotami. Po rozpoznaniu ciąży pozamacicznej, wykonano laparatomję. Przy naciśnięciu guza o nierównej powierzchni, leżącego w okolicy lewej trąbki, wyskoczył z niego płód żywy, długości około 12 cm. Zatem w chwili wykonywania zabiegu Rubina, pacjentka była już w ciąży. Badania makro i mikroskopowe w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. wykazały że ma się tu do czynienia z *graviditas extrauterina tubaria fimbrica,* i tem się też tłumaczy pozytywny wynik persuflacji.

W dyskusji: Kol. Doc. Zubrzycki: rozróżnienie ciąży jajnikowej czy brzusznej, czy *graviditas fimbr.* jest trudne; omawia momenty mogące posłużyć do postawienia rozpoznania, uważa, że w danym wypadku jajo było zaszczepione na *fimbria ovarica.*

Kol. Frommer doradza ostrożność przy badaniu metodą Rubina, którą należy stosować tylko w klinice. W przypadku Kol. Markowej przedmuchiwanie trąbek mogło wywołać pęknięcie trąbki i wydobycie się płodu do jamy brzusznej. Czy w danym przypadku zachodzi ciąża trąbkowa, czy jajnikowa mogą rozstrzygnąć seryjne preparaty mikroskopowe.

Kol. Markowa odpowiada, że w danym wypadku metoda Rubina nie była niebezpieczną.

Kol. Niewola wygłasza odczyt p. t.: *„O kleszczach Kielanda"* (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. Fromer nie podziela zdania prelegenta odnośnie do oddania kleszczy Kielanda w ręce praktycznego lekarza, albowiem instrument ten może być niebezpiecznym w rękach mniej doświadczonych. Omawia warunki założenia kleszczy Kielanda. Wskazania: ograniczyć się tylko do niezbędnych przypadków; przedstawione przez Kol. Niewolę wyniki nie są zbyt zachęcające ze względu na znaczną stosunkowo utratę życia płodu oraz obrażenia matki. Przy niskiem ustawieniem poprzecznem główki w wychodzie miednicy kleszcze Kielanda oddają dobre usługi, lecz i tutaj należy ściślej rozróżniać niskie poprzeczne ustawienie główki od ukośnego. Zbyt częste stosowanie kleszczy Kielanda przy niskiem poprzecznem ustawieniu główki nie świadczy o ścisłości rozpoznania.

Kol. Markowa: każdy lekarz położnik powinien umieć wykonać kleszcze wysokie, a więc i kleszcze Kielanda; obrażenia spotykane przy kleszczach Kielanda i trudności rozpoznawcze nie przemawiają przeciw używaniu kleszczy Kielanda.

Broni kleszczy Kielanda i poleca je.

Protokół z posiedzenia naukowego w dniu 16. lutego 1927 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Latkowski.

Obecnych 80 członków.

Przyjęto przez aklamację wybór członków honorowych Kol. prof. Majewskiego i Kol. Doc. Seńkowskiego.

Prezes Prof. Latkowski wita prof. Wachholza i w krótkości podnosi jego zasługi naukowe. W przeszłym roku

minęło 35-lecie pracy naukowej prof. Wachholza. Jubilat zasłużył się wielce nauce polskiej, gdyż prace Jego rozszerzyły sławę nauki polskiej po całej Europie. W jubileuszu na cześć prof. Wachholza wzięli udział wszyscy uczeni europejscy. W końcu prezes składa serdeczne życzenia prof. Wochholzowi. Prof. Wachholz dziękuje prezesowi prof. Latkowskiemu oraz zebranym za urządzoną owację i wygłasza następnie odczyt p. t.: O zbrodniczem rozkawałkowaniu zwłok (rzecz przeznaczona do druku).

Po odczycie głosowanie w którem przyjęto na nowych członków: Kol. Łukaszczyka i Kol. Feliksa.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 4 lutego 1927 r. w II Klinice chorób wewnętrznych.

Przewodniczy kol. Ziembicki.

Obecnych: 78.

I. Kol. Ostrowski Tad. przedstawia chorego, u którego wykonał wycięcie górnego końca kości łydkowej z powodu mięsaka wrzecionowatokomórkowego z domieszką komórek olbrzymich. Ubytek wypełniono przez wszczepienie górnego końca kości strzałkowej do jamki, wytworzonej pomiędzy kłykciami kości udowej; w ten sposób kość strzałkowa, pozostawiona zresztą w swych zwykłych warunkach anatomicznych, objęła czynność kości łydkowej, przyczem ruchy w stawie kolanowym zostały zniesione. Operację wykonano przed 4-ma miesiącami, obecnie chory chodzi wcale dobrze, Rentgenogramy wyjaśniają stosunki przed i pooperacyjne. W ostatnich czasach, zwłaszcza ze strony autorów francuskich, spotykamy się z twierdzeniem, że w przypadkach prawdziwych mięsaków kości jedynym racjonalnym zabiegiem jest odjęcie kończyny. Przypadek przedstawiony wykazuje, że w niektórych przypadkach, zwłaszcza wcześnie rozpoznanych, zabiegi mniej zniekształcające mogą dawać dobre wyniki.

II. Kol. Limanowski (Klin. chorób oczu). przedstawia dwa przypadki gruzełka w moście Varola.

Jeden z nich dotyczy chorej lat 8. Anamneza rodzinna bez znaczenia. We wczesnych latach przeszła odrę pozatem zawsze zdrowa. Przed trzema miesiącami wystąpił nagle zez i od tgo czasu dziecko stało się apatyczne senne. Gorączki nie mierzono. Po dwóch tygodniach wystąpiło porażenie prawostronnych kończyn, utrzymujące się do dzisiaj. Mowa od tego czasu zaczęła się pogarszać. Na bóle głowy nigdy się nie skarżyła. Wymiotów nie miała.

Objektywnie stwierdzono: Czaszka w całości na opukiwanie tkliwa. Brak sztywności karku. Źrenice równe, okrągłe, reagują na światło. Przy konwergencji tylko prawa gałka oczna zbliża się minimalnie do środka i akomoduje. Wybitny zez zbieżny lewej gałki ocznej. Porażenie spojrzenia skojarzonego ku stronie lewej. Czoło marszczy po lewej gorzej, szpara powiekowa po lewej nieco szersza. inerwacja przy pokazywaniu zębów po lewej nieco gorsza. Język przy wysuwaniu zbacza nieco na stronę prawą, pofałdowany. Porażenie spastyczne kończyn prawostronnych z dodatnim objawem Babińskiego po stronie prawej. Chód spastyczny z lekkiem zataczaniem się. Mowa niewyraźna, nosowa.

Dno oka bez zmian. *Affectio nervi cochlearis sin* .Rentgen czaszki zmian nie wykazuje. O. W. krwi ujemny. Przebieg bez gorączki.

Zajęcie n. VI., obwodowe porażenie n. VII. po lewej, zajęcie n. XII., porażenie skojarzonego spojrzenia w lewo, oraz spastyczne porażenie kończyn prawostronnych wskazuje na lokalizację ogniska w moście po stronie lewej. Co do rodzaju ogniska przyjęto tumor, gdyż takowe w moście mogą przebiegać bez jakichkolwiek objawów ogólnych wzmożonego ucisku. Wiek chorej przemawia za gruzełkiem.

Drugi chory lat 25. Ojciec zmarł na gruźlicę. Sześć lat temu przebył dur plamisty i od tego czasu nie słyszy na ucho prawe. Przed ośmiu tygodniami wystąpiło nagle podwójne widzenie, prawie równocześnie zauważył chory, że w środku języka tworzy się wrzód. Od czterech tygodni osłabienie kończyn prawostronnych, a od dwóch tygodni bóle głowy, zawroty, wymioty oraz szum w uszach. Od tego czasu pogorszenie wzroku. Zaburzeń pęcherzowych nie miał. *Lues* przeczy.

Objektywnie stwierdzono: Lekki zez zbieżny oka lewego, porażenie po lewej nerwu VI., VII. (obwodowo), oraz spastyczne porażenie kończyn prawostronnych z dodatnim po prawej Babińskim. Chód spastyczny z zataczaniem się. W środku jezyka znaczny ubytek, który badany histologicznie okazał się gruźlicą. W narządach wewnętrznych: stłumienie w obu szczytach, zaostrzenie szmerów oddechowych, w okolicy wnęki prawej wyraźne trzeszczenia. Przebieg z gorączką dochodzącą wieczorem do 39 stopni, rano ponad 37. Dno oka prawego normalne, po lewej zblednięcie tarczy po stronie skroniowej. Upośledzenie słuchu dla tonów niskich i wysokich w uchu prawem, w lewem dla tonów niskich. W Rentgenie zwiększony ucisk śródczaszkowy. Nakłucie lędźwiowe wykazało 14/3 limfocytów, Pandy i Nonne +, krzywa ze złotem kolloidowem przesunięta na lewo. O. W. krwi i płynu ujemny.

I w tym przypadku objawy wskazują na umiejscowienie w moście po stronie lewej, zmiany zaś gruźlicze na języku i w narządach wewnętrznych przemawiają za gruzełkiem.

Odczyn Pirqueta w obu przypadkach wypadł ujemnie. (Autoreferat).

W dyskusji kol. Lenartowicz podnosi, iż początkowo owrzodzenie na języku uważano za kiłowe, gdyż rzadko owrzodzenia gruźlicze są tak głębokie.

III. Kol. Rencki przedstawia a) przypadek *ciężkiej niedokrwistości* hemolitycznej nabytej, u kobiety 44-letniej. Omawia obszernie rozpoznanie różniczkowe. Leczenie dotychczasowe polegające na stosowaniu drażniących dawek promieni Rentgena, arsenu itd. pozostało bez większego wyniku. Chora winna się poddać splenektomji;

b) chorego lat 50 z ciężką niedokrwistością złośliwą, u którego w ciągu dłuższej obserwacji klinicznej stwierdzono okresy poprawy to znowu pogorszenia. Niezależnie od postępu niedokrewności rozwinął się u chorego rak żołądka z powodu którego był przed rokiem operowany. Przypadek przedstawiony jest niezwykle ciekawy ze względu na współistnienie i niezależność dwóch spraw raka żołądka i niedokrewności złośliwej. Obraz krwi wykazuje zmiany typowe dla niedokrewności złośliwej: hiperchromja pojedyńcze normo i megaloblasty, leukopenja, limfocytoza i trombocytopenja.

IV. Kol. Lenartowicz przedstawia chorego, lat 21, z obrazem *livedo racemosa,* omawia obszernie klinikę i etjologję tego schorzenia.

W dyskusji kol. Goldschlag wspomina o 5 podobnych przypadkach, które obserwował na oddziele chorób skórnych. W 75% wykazano etjologję kiłową.

V. Kol. Gruca (Klin. chir.) przedstawia chorą, u której ropowica po skaleczeniu w mały palec prawej ręki objęła całą rękę i całe przedramię. Chora przez 15 tygodni przebywała w jednym z szpitali powiatowych, gdzie ją wielokrotnie operowano, przyczem usunięto jej kilka kostek nadgarstka.

Na tutejszą klinikę chirurgiczną zgłosiła się przed około dwu miesiącami z powodu braku ruchomości ręki i palców. Wówczas stwierdzono na grzbietowej stronie ręki i przedramienia pięć długich, zrośniętych z kośćmi blizn; na stronie dłoniowej szeroką nieprzesuwalną bliznę od końca palca V do górnej $^1/_3$ przedramienia łącząca się z poprzednią blizną wzdłuż całego kciuka i skośną długą blizną w zgięciu łokciowem; na palcach wybitne zmiany odżywcze i naczyniowe. Ruchy czynne — z wyjątkiem zginania palców w stawach śródręczno-palcowych do kąta około 120° zarówno palców, jak i dłoni zniesione, bierne palców wolne.

Przy zabiegu operacyjnym stwierdzono zupełny brak ściegien zginaczy palców II—IV od podstawy członu I. do wysokości stawów nadgarstka, zarówno powierzchownych, jak głębokich. W palcu V zupełny brak ściegien. Po uwolnieniu obu końców ściegien palców II—IV z zbitej tkanki bliznowatej, połączono je za pomocą nitek jedwabnych owiniętych wolnymi płatkami powięzi szerokiej uda. Przebieg pooperacyjny powikłany był niegojeniem się zbliznowaciałej skóry na wysokości nadgarstka. Po 10 dniach ruchy bierne, po około 3 tygodniach czynne, energiczne leczenie ortopedyczne.

Obecnie — przy wyprostowaniu członu podstawowego chora zgina palce w stawach między I a II paluszkiem do kąta 90°, człony końcowe w granicach kilkunastu stopni — w stawach śródręczno-palcowych do kąta prostego. Przy zgięciu jednak członów podstawowych, zgięcie drugich dochodzi tylko do kąta ok. 120°, gdyż z powodu gojenia się części rany *per secundam* ustąpiło częściowe ustalenie dośrodkowego końca nowych ściegien w bliźnie, które będzie przedmiotem dalszego zabiegu operacyjnego, podobnie jak jeszcze kciuk i prostowniki ręki. Jednak już obecny wynik wykazuje, że można nawet w przypadkach tak bardzo niekorzystnych, jak powyższy — przywrócić operacyjnie w znacznym stopniu użyteczność ręki.

W dyskusji przemawiał kol. Rothfeld.

VI. Kol. Tomanek (Kl. ch. wewn.) przedstawia przypadek *polyarthritis tuberculosa Poncet'a* u kobiety 30-letniej. Choroba rozpoczęła się przed rokiem wysoką gorączką, której towarzyszyły bóle i obrzęki z zaczerwienieniem kolejno we wszystkich prawie stawach. Przedmiotowo stwierdza się: w stawach łokciowych, nadgarstkowych, śródręczno-palcowych, międzypalcowych, kolanowych i skokowych nietypowe obrzęki bez zaczerwienienia, bolesne. Kończyny dolne ustawione w addukcji w związku z zesztywnieniem w stawach biodrowych. Liczne trzeszczenia w stawach. Wypociny

płynnej brak. Rentgenologicznie w stawie barkowym i łokciowym małe ubytki kostne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mówca rozpatruje szczegółowo rozpoznanie różniczkowe. Wyraźną poprawę stanu uzyskano naświetlaniem stawów promieniami Rentgena.

W dyskusji kol. Marischler zapytuje, jak chora reagowała na substancje białkowe. Kol. Grek podnosi trudności w ustaleniu rozpoznania w przedstawionym przypadku. Silny odczyn na tuberkulinę a dalej efekt leczniczy po zastosowaniu promieni Rentgena przemawiają za *polyarthritis tbc. Poncet'a*. Kol. Ziembicki obserwuje na oddziele swoim dwa przypadki tego schorzenia, które niebawem będą w Tow. Lek. omówione.

VII. Kol. Jankowski (Kl. ch. wewn.) przedstawia: a) mężczyznę lat 25, u którego sprawa chorobowa rozpoczęła się bólami w okolicy dołka podsercowego, promieniującymi ku dołowi. Podejrzewając wrzód żołądka wykonano laparotomję, lecz wobec nieistnienia tegoż zaszyto jamę brzuszną bez wykonania zabiegu. Z biegiem czasu bóle te stawały się coraz gwałtowniejsze oraz wystąpiło powiększenie gruczołów chłonnych na szyji i pod pachami, a w ostatnim czasie niedowład kończyn dolnych. Badanie przedmiotowe wykazuje powiększenie gruczołów chłonnych na szyji i pachowych. W płucach objawy zagęszczenia szczytów. Wątroba i śledziona w granicach prawidłowych. W głębi jamy brzusznej guz mało calny stojący w związku z kręgosłupem. Kończyny dolne spastycznie porażone. Na zdjęciu rentgenowskim wykazano zmiany w II kręgu piersiowym i IV lędźwiowym. Badanie histologiczne gruczołu stwierdziło utkanie typowe dla ziarnicy złośliwej. We krwi: lekka niedokrwistość, leukocytoza neutrochłonna. W moczu odczyn dwuazowy obecnie dodatni. Na podstawie więc wyniku badania klinicznego rozpoznaje się ziarnicę złośliwą ze zmianami w kościach.

b) Chłopca 18-letniego z napadami dusznicy oskrzelowej. Chory dostaje napadów jedynie w domu, we Lwowie nie występowały. Ojciec chorego jest krawcem. Próby skórne wykonane z wyciągiem pyłu mieszkaniowego wykazały znaczne uczulenie (1/5000). Chory po włożeniu kożucha baraniego dostał napadu we Lwowie. Przeprowadzono leczenie swoiste odczulające z bardzo dobrym wynikiem. Chory ten wdychając pyły z ubrań w domu ojca mógł się uczulić na wełnę przy swej konstytucjonalnej skazie allergicznej.

W. Grabowski, sekretarz dor.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Wieczór Seminaryjny dn. 26 stycznia 1927 r.

Kol. J. Kon wygłosił odczyt p. t.: *„Z psychologji dziecięcej“* (Autoreferatu brak).

Wieczór Seminaryjny z dn. 23. lutego 1927 r.

Kol. M. Dawidowicz wygłosił referat: *„Nowe tory myśli terapeutycznej“*. We wstępie referent podaje zasadnicze momenty rozwoju lecznictwa w okresie pojawienia się nauki o patologji celularnej i stwierdza hamujący jej wpływ na terapję. Wspomina o przełomowych pracach Broemera, Finsena i Loeba. Zapatrywania na zjawiska życiowe, jako na zmiany fizyko-chemiczne powoli utorowały sobie drogę. Zachowanie się soli Ca, K i Na w ustroju decyduje o izotonji tkanek. Dzięki zjawisku izotonji utrzymane zostaje określone molekularne stężenie płynów. Zapatrywania na wskazania dla stosowania nawet oddawna znanych leków uległy zmianie w związku z pojęciami o kwasicy i zasadowości tkanek. Pojawiają się nowe metody lecznicze: osmoterapja, balneoterapja, terapja adsorpcyjna w postaci podawania węgla, dietetyczne leczenie chorób przewlekłych i chirurgicznych.

Ze starych środków leczniczych upust krwi otrzymuje ponownie prawo obywatelstwa; szerokie zastosowanie otrzymuje leczenie środkami, podawanemi pozajelitowo. Omówione zostają zalety i wady injekcyjnej terapji w szczególności podawanie leków i rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w przebiegu choroby.

Sekretarz (—) *Rueger*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Orzecznictwo Sądów Polskich w sprawach o unieważnienie rozwodów i separację małżeństw, w sprawach o alimentacje nieślubne, pochodzenie i t. d. zebrał Dr. Zygmunt Mandel adwokat w Krakowie (str. 32). W zbiorze tym umieścił autor zasadniczo orzeczenia wydane przez Sąd Najwyższy w Warszawie od początku jego istnienia a dotyczące najważniejszych kwestji prawnych, z tak aktualnej dzisiaj dziedziny prawa małżeńskiego. Przejrzyście ułożone i zgrupowane orzeczenia zaopatrzono w motywa Sądu Najwyższego ułatwiają nawet laikowi zapoznanie się ze stanem ustawodawstwa małżeńskiego oraz judykatury odnośnej we wszystkich dzielnicach Rzeczypospolitej. Zebranie tych orzeczeń Najwyższej Instancji sądowej w Polsce, uwydatnia jaskrawo chaos panujący w ustawodawstwie małżeńskiem, gdyż niejednokrotnie znachodzimy orzeczenia rozstrzygające jedną i tą samą kwestję (n. p. czy sądy cywilne są związane orzeczeniami sądów kościelnych wydanych w sprawach małżeńskich) w rozmaity krańcowo sprzeczny sposób.

Ze świata.

Utrzymanie szpitali w Anglji. Szpitale angielskie z nielicznemi wyjątkami powstały dzięki inicjatywie prywatnej i podlegają podobnie jak przed wojną prywatnemu zarządowi, zachowując charakter zakładów użyteczności publicznej. Nazywają je „voluntary hospitals“. Londyn ma takich szpitali około 300, z których 122 w znacznej mierze czerpie fundusze z t. zw. „King Edward's Hospital Fund“, a w najmniejszym stopniu z opłat od chorych. W ogólności niema jakiegoś określonego prawidła, które by z góry określało ile należy płacić za opiekę i leczenie, lecz każdy chory daje tyle na szpital, ile uważa za stosowne według samooszacowania. Oczywiście, że środki te nie wystarczają na utrzymanie szpitali, które zmuszone są czerpać z innych źródeł i uciekać się w tym celu do różnych sposobów, np. tworzenia stowarzyszeń, których członkowie zobowiązują się płacić składki na utrzymanie szpitala, przyczem sposób płacenia jest możliwie jaknajprzystępniejszy, np. robotnicy płacą tygodniowo, dzięki czemu wyniki są b. pomyślne. Obok tego urządza się wielkie zebrania, zabawy towarzyskie lub sportowe i t. d., nie gardząc również i reklamą, odwołując się do ofiarności publicznej przez wywieszanie na ulicach wielkich kolorowych plakatów. Istnieją również i szpitale utrzymywane ze środków publicznych. Są to przeważnie zakłady dla umysłowo chorych i t. zw. „Poor law Hospitals“ (szpitale publiczne dla biednych). Do takiego szpitala musi być przyjęty każdy, nawet najbiedniejszy, a sprawa opłat w takim wypadku uregulowana jest przez „Poor law“ (prawo o biednych). Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege und soziale Hyg. Nr. 1. 1927).

Urząd do przetaczania krwi w Londynie. Czerwony Krzyż angielski od 1-go stycznia 1926 włączył oficjalnie do zakresu swej działalności sprawy przetaczania krwi, otwierając w tym celu w Londynie specjalny urząd. Urząd ten ma na celu werbowanie ochotników, którzy by mogli dawać krew do transfuzji. W roku 1926 za pośrednictwem Czerwonego Krzyża dokonano w Londynie 736 transfuzyj. Urząd powyższy czynny jest dzień i noc w specjalnym lokalu. Działalność jego dotyczyła w większości wypadków chorych w szpitalach choć nie odmawiano również prośbom prywatnych domów zdrowia i osób pojedyńczych. Transfuzja z zasady odbywa się bezpłatnie, od zamożnych chorych przyjmuje się jednak dobrowolne ofiary. Ochotnikom dającym krew, Czerwony Krzyż zwraca koszty przejazdu i straconego czasu, nadto na żądanie dodatkowo koszty specjalnego następczego odżywiania się. Funkcjonowanie urzędu jest wprost niezwykle szybkie, często nie zdąży upłynąć 10 minut od chwili zgłoszenia prośby, gdy ofiarodawca już zgłaszał się do szpitala. Wolontarjusze, których nie można wezwać telefonicznie wzywani są przez policję lub sprowadzani autem. (Ligue des Sociétés de la Croix Rouge, Bulletin D'information) Nr. 5, 1927.

Prof. Martineck, dyr. działu lekarskiego w niemieckiem Ministerstwie pracy, w przemówieniu swem na posiedzeniu międzynarodowej konferencji pracy w Genewie, która odbyła się w czerwcu, wezwał dyrektora instytutu pracy, aby „powołał do współpracy przedstawicieli stanu lekarskiego dla utworzenia rady międzynarodowego instytutu pracy do rozważania spraw, związanych ze sprawą ubezpieczeń społecznych“.

Redakcja otrzymała:

Edw. Brunner i Kaz. Winnicka: „O zmianach stawowych i kostnych w przebiegu łuszczycy“. Odb. z Przeglądu dermatologicznego Nr. 3 z r. 1927.

J. Heller i *E. L. Meisels:* „Untersuchungen über die Metamorphose der Instekten“. VI Mitteilung: Röntgenographische Untersuchungen über den Entwicklungsvorgang. Odb. z Biologisches Zentralblatt Bd. 47. H. 5. 1927.

Em. L. Meisels: „Spondylolysthetisches Becken bei einem Manne“. Odb. z „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“. Band XXXV, H. 5.

Em. Meisels i I. Heller: „Ueber die röntgenologische Beobachtung der Metamorphose bei Insekten“. (Versuche an der Schmetterlingsart Deilephila cuphobine). Odb. z „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“. Band XXXVI, H. 1.